Alexander Vogt

Eine Untersuchung von Gichtpatienten mit dem Thematischen Apperzeptionstest (TAT)

Diss München
1983

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544308_0007

Aus der Medizinischen Poliklinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. N. Zöllner

Eine Untersuchung von Gichtpatienten mit dem Thematischen Apperzeptionstest (TAT)

Inaugural Dissertation

Zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin an der Ludwig - Maximilian - Universität zu München

vorgelegt von

Alexander Vogt

aus

München

Jahr

1983

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät

der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. R. Klußmann

Mitberichterstatter: Prof. Dr. N. Zöllner

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 8. 11. 1983

DISSERTATIONS - UND FOTODRUCK FRANK GmbH
8000 München 2, Gabelsbergerstraße 15, Tel. 2809090

INHALT

1. EINLEITUNG 6

2. HYPOTHESEN UND AUFGABENSTELLUNG 12

3. METHODE 14

3.1. Beschreibung der Methode 14
3.1.1. Das tiefenpsychologisch orientierte halbstandardisierte Interview 14
3.1.2. Der Thematische Apperzeptionstest (TAT) 15
3.1.2.1. Beschreibung des TAT 16
3.1.2.2. Durchführung des TAT 16
3.1.2.3. Auswertung des TAT 17
3.1.3. Dokumentation 18
3.1.4. Stichprobe 18

3.2. Begründung des methodischen Vorgehens 19
3.2.1. Interview 19
3.2.2. Wahl des Thematischen Apperzeptionstests als Verfahren 20

3.3. Kritik der Methode 21
3.3.1. Vor- und Nachteile des Interviews 21
3.3.2. Vor- und Nachteile projektiver Tests 23

3.4. Anwendung der Kriterien der Life-event-Forschung auf das tiefenpsychologisch orientierte halbstandardisierte Interview 24

4. STICHPROBE 26

4.1. Beschreibung der Stichprobe 26
4.1.1. Definition des Schichtbegriffes 28
4.1.2. Schichtzuordnung der Patienten 29
4.1.3. Begleitbefunde und Beschwerden 29

4.2. Gewinnung der Stichprobe 32

5. ERGEBNISSE 33

5.1. TAT-Ergebnisse 33
5.1.1. Auffälligkeiten in der frühen Kindheit 33
5.1.2. Die Mutter-Beziehung 39
5.1.3. Die Vater-Beziehung 43
5.1.4. Depression und Grandiosität 48
5.1.5. Objektverlust 51
5.1.6. Aggression und Expansion 58
5.1.7. Leistungsverhalten 61
5.1.7.1. Befunde zum Leistungsverhalten aus der Anamnese 62
5.1.7.2. TAT-Ergebnisse zum Leistungsverhalten 64
5.1.7.3. Zusammenfassende Betrachtung 68

5.2. Anamnese-Ergebnisse 69
5.2.1. Der erste Gichtanfall 69
5.2.1.1. Die situative Komponente des ersten Gichtanfalls 71
5.2.1.2. Life-events 75
5.2.2. Die früheste Kindheitserinnerung 77

6. DISKUSSION DER ERGEBNISSE 83

6.1. Narzißmus 84
6.1.1. Gesunder und pathologischer Narzißmus 86
6.1.2. Der Ansatz H. KOHUTs 87
6.1.3. Die narzißtische Persönlichkeit der Gichtpatienten 89

6.2. Alexithymie 93

6.3. Der erste Gichtanfall 95
6.3.1. Das Streßkonzept 96
6.3.2. Life-event-Forschung 97
6.3.3. Der erste Gichtanfall und anpassungsfordernde Lebensereignisse 99

7. ZUSAMMENFASSUNG 101

8. LITERATURVERZEICHNIS 104

ANHANG

1. Anleitung zur Abfassung von psychotherapeutischen Anamnesen 1

2. Life-event-Fragebogen 7

3. Ausgewählte Anamnesen, TAT-Protokolle und deren Auswertung 9

3.1. Patient 2 9

3.1.1. Anamnese Patient 2 9

3.1.2. TAT-Protokoll Patient 2 13

3.1.3. TAT-Auswertung Patient 2 40

3.2. Patient 9 52

3.2.1. Anamnese Patient 9 52

3.2.2. TAT-Protokoll Patient 9 55

3.2.3. TAT-Auswertung Patient 9 68

4. TAT-Tafeln 77

1. EINLEITUNG

Die in unserer Kultur verbreitete Aufteilung der Einheit Mensch in "Leib" und " Seele" findet ihre Entsprechnung in der wissenschaftlichen Denkungsart und Handlungsweise zu kategorisieren und aufzuteilen. Die Betrachtung von Gesamtzusammenhängen kann dabei allerdings in den Hintergrund gedrängt werden.

Ähnliches gilt für die in der Medizin bisher favorisierte somatische Betrachtungsweise von Krankheiten, die durchaus eine Ergänzung verdient hat. Die Psychosomatik stellt nun einen Versuch dar, menschliche Erkrankungen von einem ganzheitlichen Konzept her zu begreifen.

Die vorliegende Untersuchung hat sich die familiäre Gicht als eine Krankheit zum Thema gewählt, bei der die somatischen Zusammenhänge bestens erforscht und belegt sind. Hier sei vor allem auf die Arbeiten von ZÖLLNER (104,105,106,107 und 108) verwiesen. ZÖLLNER (108) bemerkt, daß die Gicht ein Beispiel für die Krankheiten ist, bei denen genetische und umweltbedingte Einflüsse zusammenwirken müssen, "... um den Menschen krank zu machen". Er legt dabei besonderes Gewicht auf die Rolle der Änderung der Ernährungsgewohnheiten und deren Zusammenspiel mit der "biochemischen Individualität" des Menschen, aus dem heraus es zur Krankheitsmanifestation kommen kann.

Hier wird die Verbindung zur Psychosomatik der Gicht deutlich, da die Nahrungsaufnahme unter anderem von psychischen Mechanismen gesteuert wird, deren Grundlagen und Entstehung wiederum bis in die frühe Kindheit zurückverfolgt werden können. Dabei ist zu bedenken, daß der Faktor Ernährung nur einer von vielen Umweltfaktoren ist, die zum Krankheitsausbruch führen.

Auch KAISER(32) sieht die Rolle der Ernährung bei der Gichtmanifestation. Er stellt die Hypothese auf, daß nicht alle Patienten, die latente Träger der pathogenen Erbfaktoren sind und somit einen "inborn error" im renalen tubulären Transport aufweisen und im Gefolge davon erhöhte Harnsäure im Serum haben, auch die Gicht bekommen, da unter anderem "... durch übermäßige Belastungen (z.B. purinreiche Diät)" die metabolische Störung in Erscheinung treten kann. So ließe sich teilwese die Variation der Expressivität bei erblich belasteten Patienten erklären. KAISER sieht zusätzlich das "Zusammenspiel zwischen genetischen und variablen Umgebungsfaktoren" von entscheidender Bedeutung für die Modifikation und Verstärkung der ursprünglichen biochemischen und klinischen Mutation. Er schreibt: "Diese Frage des phänotypischen Durchbruchseffekts ist besonders für die Gichtmanifestation von Bedeutung. Als Regel darf im Allgemeinen gelten, daß Störungen, die phänotypisch erst spät im Leben auftreten, durch die Umgebung deutlicher beeinflußbar sind".

In der vorliegenden Untersuchung soll die Auswahl der Gicht unterstreichen, daß es durchaus gerechtfertigt erscheint, auch bei Krankheiten, deren psychosomatische Aspekte noch nicht allgemein anerkannt sind, nach psychischen und sozialen Faktoren ihrer Entstehung zu fahnden.

Unter den epidemiologischen Arbeiten ist die Framingham-Studie die bekannteste (HALL et al., 25). Aus ihr geht gervor, daß 2,8% der untersuchten Männer und 0,4% der Frauen bis zu ihrem 55. Lebensjahr einen Gichtanfall erlebten.

MERTZ & BABUCKE (58) weisen auf einen Anstieg der Gicht in den Jahren 1948 bis 1968 auf das 13-fache hin. GAMP et al. (24), MERTZ (57) und SCHILLING (84)

stellen die gleichmäßige Verteilung der Gicht über die gesamte Bevölkerung durch Nivellierung der Lebens- und Konsumgewohnheiten fest. Für die Bevölkerung der USA konnten ACHESON et al. (2) sowie POPERT & HEWITT (70) die gleiche Aussage machen.

Die Erstmanifestation liegt nach BABUCKE & MERTZ (5) bei einem Drittel der Patienten vor dem 31. Lebensjahr.

In der Literatur gibt es weiterhin bereits zahlreiche konkrete Hinweise über das Zusammentreffen zwischen erhöhtem Serumharnsäurespiegel beziehungsweise Gicht und psychologischen oder soziologischen Variablen.

Der Beziehung zwischen Serumharnsäure und Intelligenz versuchte schon OROWAN (69) auf die Spur zu kommen, der damals die These aufstellte, Harnsäure stimuliere wie andere Purinkörper (Coffein und Theobromin) das Zentralnervensystem. STETTEN & HEARON (94) fanden denn auch eine niedrige positive Korrelation zwischen der Höhe des Serumharnsäurespiegels und dem Intelligenzquotienten bei amerikanischen Rekruten. DUNN et al. (16) stellten nur partielle Korrelationen der beiden Variablen fest, MONTOYE & MIKKELSEN (61) hingegen konnten keine derartige Beziehung finden.

Der Zusammenhang zwischen emotionalem Streß, Diätfehlern und Gichtmanifestation fiel schon Paul von Ägina (nach KATZ & WEINER, 36) auf. In neuerer Zeit untersuchten vor allem RAHE et al. (77,78) die Beziehung zwischen Streß und Serumharnsäureanstieg mit ihren Studien über Teilnehmer eines gefährlichen Unterwassertrainings. Die höchsten Werte wurden am Morgen vor der entscheidenden Übung gemessen. LANESE et al. (47) fanden positive Beziehungen zwischen erhöhter Serumharnsäure und verminderter Stellungsstabilität, Zigarettenrauchen und erhöhtem Blutdruck. KASL et al. (34)

fanden eine Erhöhung der Harnsäure bei Personen, die ihre Kündigung erwarteten, sowie eine Normalisierung der Werte nachdem sie eine neue Beschäftigung gefunden hatten.

Häufig untersucht wurde die Beziehung der Harnsäurewerte zu den psychologischen Variablen Antrieb, Führungseigenschaft und Leistung. BROOKS & MUELLER (10) stellten hochsignifikante Korrelationen zwischen der Höhe des Serumharnsäurewertes und den Eigenschaften Antrieb, Aktivität, Führungs- und Erfolgsverhalten bei Hochschulprofessoren fest. DUNN et al. (16) fanden Beziehungen zum Leistungsverhalten. KASL et al. (33) stellten in einer Nachuntersuchung fest, daß Studenten die höchsten Harnsäurewerte aufwiesen, die die meisten Aktivitäten zeigten und von ihren Lehrern die höchsten Einschätzungen hinsichtlich Fleiß, Führungsverhalten und Verantwortungsgefühl erhalten hatten. Weiterhin fanden KASL et al. (35) bei Personen mit erhöhten Harnsäurewerten starkes Leistungsverhalten, vermehrte Aktivität und eine hohe berufliche Einstufung. KUZELL & GAUDIN (46) fielen bei ihren Gichtpatienten in der Mehrzahl energische, physisch und intellektuell aktive sowie ruhe- und rastlose Personen auf.

Gichtpatienten mit Hyperurikämie erhielten in einem Test MÜLLER & BEIMANNs (1969) signifikant mehr Punkte für Erfolgshoffnungen und signifikant weniger Punkte für Versagensangst als eine Kontrollgruppe (nach MERTZ, 57).

FOWLER (19) stellte bei Hyperurikämikern stärkeres Dominanz- und Führungsverhalten als bei Normalen fest. Für Leistungsverhalten konnten jedoch von FOWLER (19), MUELLER & FRENCH (63), MONTOYE & MIKKELSEN (61) und KATZ et al. (37) keine statistisch signifikanten Beziehungen zu erhöhter Harnsäure gefunden werden.

ANUMONYE et al. (3) bekamen bei Geschäftsleuten signifikant positive Korrelationen zwischen erhöhter Harnsäure und Antrieb sowie einem weiten Betätigungsfeld, kurioserweise jedoch eine negative Korrelation zu Verantwortungsgefühl. MONTOYE et al. (60) stellten bei Managern im Vergleich zu einer Kontrollgruppe höhere Harnsäure-, Cholesterin- und Blutdruckwerte fest. Die berufliche Aktivität scheint auch bei den Untersuchungen von DODGE & MIKKELSEN (15) für erhöhte Harnsäurewerte ausschlaggebend zu sein. Sie fanden bei Personen mit verantwortungsvollerem Posten hohe und bei Bauern und Hilfsarbeitern die niedrigsten Serumspiegel. Ebenso stellten ZALOKAR et al. (102) bei höheren Polizeibeamten mit Universitätsausbildung eine stärkere Gichtprävalenz fest als bei niedrigen Rängen.

Die genannten Untersuchungen haben meist die Eigenschaft, lediglich isolierte Persönlichkeitsmerkmale mit dem Harnsäurespiegel zu korrelieren. Ein Nachteil dieser Arbeiten, bei denen zwar mehr oder weniger deutliche positive Beziehungen zwischen Harnsäurespiegel und psychologischen Eigenschaften gefunden wurden, ist die Anzweifelbarkeit eines ursächlichen und sinnvollen Zusammenhangs zwischen den korrelierten Variablen.

Einen anderen Stellenwert nehmen dagegen die Arbeiten CASTELNUOVO-TEDESCOs (13) und KLUSSMANNs (39,40,41,42,43) ein, in denen stärker die psychosomatischen als die psychologischen Aspekte der Gicht betrachtet werden und die sich dazu einer tiefenpsychologischen Herangehensweise bedienen.

Auch wenn die Arbeit CASTELNUOVO-TEDESCOs (13) hier nur mit Vorsicht vergleichend herangezogen werden kann, da sie von einem Patienten handelt, der abwechseln an Colitis ulcerosa und an Gicht litt, so ist doch bemerkenswert, daß die Gichtattacken den Patien-

ten bedrängten, wenn er sich durch eine Trennungssituation bedroht fühlte, beziehungsweise, wenn er in der Therapie über seine Bedürfnisse nach Unabhängigkeit, Aktivitäten und Selbstvertrauen sprach. An Prodromi wurden entweder deprimierende oder erhebende Gefühle, Boshaftigkeit, Reizbarkeit und der Wunsch nach Alleinsein festgestellt. Bei Ausbruch der Colitis fühlte sich der Patient hingegen eingezwängt und angegriffen. Depressionen, Hoffnungslosigkeit und Versorgungswünsche gingen voraus.

In der vorliegenden Arbeit soll nun versucht werden, im Unterschied zu einem Großteil der erwähnten korrelationsstatistischen Untersuchungen, ursächliche Zusammenhänge zwischen Erkrankung, konstitutionellen Faktoren, individueller Entwicklung und Umgebungsbedingungen herzustellen. Hier sei auch SCHUR (88) erwähnt, der beispielsweise psychische und somatische angeborene Faktoren im Zusammenspiel mit Umweltfaktoren hinsichtlich ihrer Verursachung psychischer und somatischer Krankheiten darstellt.

Die im Folgenden dargestellte Untersuchung soll mit Hilfe eines halbstandardisierten tiefenpsychologisch-orientierten Interviews und des projektiven Thematischen Apperzeptionstests nach MURRAY (65) Sinnzusammenhänge herstellen, die sich freilich zum größten Teil einer statistischen Aufarbeitung entziehen, da Variable wie Einfühlung, Verständnis und Empathie schwer skalierbar sind, hier jedoch zu den Grundlagen des Erkenntnisinstumentariums gehören (s.a. KOHUT,44). Es sei angemerkt, daß auch der Statistiker, spätestens bei der Erklärung seiner Korrelationen ein gutes Stück Intuition und Phantasie benötigt.

Mangelnde statistische Verwertbarkeit der erhobenen Daten wird bewußt in Kauf genommen, da es in dieser

Arbeit um den Versuch einer Erfassung der Gesamtpersönlichkeit geht und nicht um die Erhebung von Einzelmerkmalen und deren wie auch immer gearteter Beziehung zum Harnsäure-Spiegel und Gichtmanifestation.

Dies ist zugegebenermaßen ein schwieriges Unterfangen, bei dem sicherlich nicht am Ende die Gichtiker-Persönlichkeit herauskommt. Es besteht jedoch die Hoffnung, zumindest einige Hypothesen über die Krankheitsentstehung im psychosomatischen Sinne auch bei einer familiär gehäuft auftretenden Stoffwechselkrankheit wie der Gicht liefern zu können.

2. HYPOTHESEN UND AUFGABENSTELLUNG

In der Literatur mehren sich die Hinweise auf psychosomatische Aspekte der Gicht (Literatur: vgl. Einleitung), so daß auch bei ihr die Entstehungsbedingungen psychosomatischer Krankheiten zu finden sein müßten, und zwar der Zusammenhang zwischen frühkindlicher Entwicklung, der später daraus entstandenen Persönlichkeit sowie unbewußt erlebte konflikthafte Lebenssituationen, die schließlich die Krankheitssymptome mit auslösen.

Dies läßt die Aufstellung der folgenden Hypothesen zu:

- Die frühkindliche Entwicklung der Gichtpatienten weist Besonderheiten und Auffälligkeiten auf.
- Die Persönlichkeit der Patienten ist geprägt vom Wirken starker Abwehrmechanismen.
- Der Zusammenhang zwischen frühkindlicher Entwicklung, erwachsener Persönlichkeit und Erkrankung sollte nachvollziehbar sein.

Zur Untersuchung dieser Hypothesen lassen sich aus Anamnese und Testergebnissen besonders die Beziehungen des Patienten zu Vater und Mutter, seine frühe Entwicklung, die Früheste Kindheitserinnerung und

sein Verhalten in der Untersuchungssituation heranziehen.

Aus der Literatur sind bei psychosomatisch Erkrankten häufig zwei verschiedene Persönlichkeitstypen erkannt worden.

- Es wird erwartet, daß auch bei der vorliegenden Population von Gichtpatienten zwei Persönlichkeitstypen gefunden werden.

Diese Hypothese läßt sich durch Betrachtung von Lebenslauf, Selbst- und Fremdbild und der Art der Partnerbeziehung in Anamnese und Test beleuchten.

Die Hinweise auf einschneidende psychosoziale Ereignisse, die den Ausbruch einer Krankheit mitbedingen können, sind mittlerweile mannigfaltig. Auch für die Gicht werden solche Verursachungsmöglichkeiten erwähnt (13,34,36,37,39,40,41,42,43,47,77,78,96).

- Es wird daher erwartet, daß in den psychosozialen Lebensumständen der Gichtmanifestation ein auslösendes Moment nachzuweisen ist.

Dazu eignet sich besonders die Betrachtung der dem ersten Anfall vorangehenden Lebensumstände.

Weiterhin müßten psychosomatisch Kranke, neben einer deutlichen Unterscheidung von Neurotikern, nach BREDE (9) sozial weitgehend unauffällig, angepaßt und integriert sein.

- Falls die Gicht psychosomatische Aspekte aufweist, sollten die Patienten weitgehend obengenannten Kriterien entsprechen.

Auskunft darüber können die sozialen Daten, Beschwerden, sowie Selbst- und Fremdbild geben.

3. METHODE

3.1. Beschreibung der Methode

Die Untersuchung bedient sich im Wesentlichen zweier Verfahren, die psychosomatischen Aspekte der Gicht näher zu beleuchten: Zum einen des tiefenpsychologisch orientierten, halbstandardisierten Interviews, zum anderen des projektiven Thematischen Apperzeptionstests (TAT).

Diese beiden Untersuchunsmittel, die einander wechselseitig ergänzen und bedingen, werden im Folgenden dargestellt.

3.1.1. Das tiefenpsychologisch orientierte, halbstandardisierte Interview

Das tiefenpsychologisch orientierte, halbstandardisierte Interview wurde in Anlehnung an ARGELANDER (4), BRÄUTIGAM & CHRISTIAN (8) und SCHULTZ-HENCKE (87) gestaltet. Der Interview-Leitfaden befindet sich im Anhang.

Die Gespräche fanden jeweils vor und nach der Vorgabe der zwei TAT-Serien (s.Punkt 3.1.2.1.) statt und beliefen sich insgesamt auf etwa zwei Stunden.

Im Mittelpunkt des Interesses standen bei dem Interview die frühe Kindheit des Patienten, seine Beziehungen zu Eltern, Geschwistern und Partnern, Fragen des beruflichen Werdegangs und der Freizeit, sowie biographisch wichtige Stationen und Veränderungen, Krisen und Konflikte der Versuchung und Versagung sowie die Abwehrorganisation, die möglicherweise in einem inneren Zusammenhang mit seiner körperlichen Erkrankung stehen.

Das letztendliche Ziel des Interviews ist, das derzeitige Verhalten und Erleben des Patienten - ins-

besondere seine innerpsychische Konfliktbearbeitung - im Lichte seiner Entwicklung zu verstehen. Dazu sind neben den unerläßlichen objektiven biographischen Daten auch weniger leicht nachprüfbare Informationen über gefühlsmäßige Erlebnisinhalte notwendig. Hierbei ist es besonders wichtig, das Übertragungs- und Widerstandsverhalten der Interviewpartner zu registrieren und zu verarbeiten.

Ein solches Gespräch setzt neben einer entspannten, offenen und einigermaßen behaglichen Atmosphäre voraus, daß der Interviewer psychologisch geschult ist, besser noch, auf eine psychotherapeutische Ausbildung zurückgreifen kann, um blinde Flecken in seiner Wahrnehmung möglichst vermeiden zu können. Dies muß nicht unbedingt eine psychoanalytische Ausbildung sein, zumindest sollten jedoch im Gespräch die von ROGERS (81) geforderten Verhaltensweisen der Selbstkongruenz, der positiven Wertschätzung und der Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte gegeben sein, um dem Patienten eine größere Chance zu geben, sich über die oben genannten Themen äußern zu können.

3.1.2. Der Thematische Apperzeptionstest (TAT)

Die ersten Versuche zur experimentellen Untersuchung des freien Assoziierens gehen auf GALTON (23) zurück, der feststellen konnte, daß Assoziationen, die während eines Zeitraums von 4 Monaten mehrmals wiederkehren, sich teilweise bis in die Kindheit zurückverfolgen lassen, wohingegen nur einmal auftauchenden Assoziationen Erlebnisse aus neuerer Zeit zuzuordnen sind.
Wie REVERS (80) ausführt, fanden die Assoziationsexperimente ab der Jahrhundertwende Eingang in die psychiatrische und forensische Diagnostik, bis schließlich 1935 von MORGAN und MURRAY die erste Fassung des

"Thematic Apperception Test" herausgebracht wurde.(66)

3.1.2.1. Beschreibung des TAT

Der Thematische Apperzeptionstest (TAT) besteht aus insgesamt 30 Schwarz-Weiß-Bildern und einem leeren, weißen Blatt. Davon werden je nach Geschlecht und Alter des Probanden 20 Tafeln ausgesucht.

Die Bilder der Tafeln 11 bis 20 sind im Vergleich zu denen der ersten Serie bizarrer und phantastischer.

Die vorgelegten Bilder entstammen der dritten Revision der Originalserie aus dem Jahr 1943 und werden im TAT-Manual (S.18) beschrieben.

Fotokopien der Tafeln finden sich im Anhang dieser Arbeit.

Die Bilder des TAT sind mehrdeutig, es ist nicht eindeutig und klar zu erkennen, was sie darstellen. Diese Vieldeutigkeit ermöglicht über projektive Interpretation duch den Probanden dessen persönlichkeitsdiagnostische Erfassung.

Die einzelnen Tafeln lassen sich als bildhafte Andeutungen verschiedener lebensgeschichtlicher Grundsituationen auffassen. Die thematische Valenz der Tafeln enthält für den Probanden somit die Anregung, in ähnlichen Lebenssituationen aufgetretene Probleme oder Themen aufzugreifen und darzustellen.

3.1.2.2. Durchführung des TAT

Als Voraussetzungen zur Durchführung des TAT fordert REVERS (80) vom Untersucher eine vollständige psychologische Ausbildung, ausreichende praktische und diagnostische Erfahrung und möglichst auch tiefenpsychologische Kenntnisse und Erfahrungen.

Der TAT wird an zwei verschiedenen Tagen in zwei Sitzungen durchgeführt, die mindestens 24 Stunden, aber nicht mehr als eine Woche Abstand haben sollen. In jeder Sitzung wird eine Serie von 10 Tafeln vorgelegt, die Dauer beträgt insgesamt etwa zwei bis drei Stunden. Vor- und nachher findet das diagnostische Interview statt.

Ein möglichst persönlicher Kontakt des Untersuchers zum Probanden steigert die Bereitschaft, sich im Test unbekümmert auszusprechen. Daher ist es günstig, den TAT in eher privater Atmosphäre und ohne technischen Aufwand, wie weißer Mantel etc. durchzuführen.

Die Probanden werden aufgefordert, zu den Bildern möglichst dramatische Geschichten zu erzählen und ihrer Phantasie freien Lauf zu lassen (nähere Einzelheiten s. TAT-Manual). Eine Zeitbegrenzung gibt es nicht.

Das Verhalten des Probanden, besonders das Mienenspiel, wird registriert.

3.1.2.3. Auswertung des TAT

Für den TAT sind seit seinem Erscheinen eine Fülle von unterschiedlichen Auswertungsverfahren vorgeschlagen worden. Das liegt einmal daran, daß der theorieoffene Test von den jeweils verschiedenen persönlichkeitstheoretischen Grundlagen her verwendet werden kann, und sich somit andere Schwerpunkte im diagnostischen Auswertungsverfahren ergeben, zum anderen wird der TAT zusätzlich auch in der Persönlichkeitsforschung verwendet.

Als Auswertungsverfahren erschien das von REVERS (80) vorgeschlagene besonders geeignet, da es sowohl die Auswertungsgesichtspunkte MURRAYs (65) miteinschließt, als auch zusätzliche Möglichkeiten wie die Analyse der

Verlaufsgestalt und der Längsschnittanalyse anbietet.

Ähnlich wie bei MURRAYs Need-Press-Schema wird auch von REVERS vorgeschlagen, zu jeder Testgeschichte zunächst das Thema, sodann die auf es bezogene Situation herauszuanalysieren. Die Interpretation besteht dabei unter anderem in Symbolexegese. Als Drittes wird der Verlauf der Erzählungen und besonders deren Ausgang untersucht. Als letztes erfolgt die Längsschnittanalyse, die zeigen soll, innerhalb welcher Situationen gleiche Themen variieren. Eine eingehendere Beschreibung der Analyse und Interpretation des TAT findet sich bei REVERS (80, S.189 ff)

3.1.3. Dokumentation

Die Interviews und Erzählungen zu den Tafeln des TAT wurden nicht nur handschriftlich mitskizziert, sondern auch auf Tonbandcassetten mitgeschnitten.

Die Mitschnitte wurden anschließend schriftlich fixiert, wobei Wert darauf gelegt wurde, Pausen, Lachen, Stöhnen etc. festzuhalten, da gerade solchen Mitteilungen bei der Auswertung und Interpretation eine Bedeutung zugemessen wird.

Durch die genaue Dokumentation soll eine gute Überprüfbarkeit der Arbeitsweise und des Vorgehens ermöglicht werden, wie es einer der Forderungen wissenschaftlichen Arbeitens entspricht.

3.1.4. Stichprobe

Bei der vorliegenden Untersuchung wird die Absicht verfolgt, mit Hilfe des TAT bereits bestehende Hypothesen über den psychosomatischen Anteil der familiären Gicht zu überprüfen, sowie möglicherweise neue aufzustellen.

Hinsichtlich der Verwendung des TAT bei diesem Ziel handelt es sich um eine Pilot-Studie. Gerade angesichts der aufwendigen und intensiven Methode, die im Grunde der einer Einzelfallstudie entspricht, wird eine relativ kleine Stichprobe, die in Punkt 5 näher beschrieben wird, als ausreichend angesehen.

Zugleich dient die Untersuchung als Kreuzvalidierung zu der Arbeit KLUSSMANNs (41) über "Psychosomatische Aspekte der Gicht".

Aus diesen Überlegungen heraus wird auf die Untersuchung einer Kontrollgruppe verzichtet. Studien mit großen Stichproben und Kontrollgruppen bleiben somit breiter angelegten Arbeiten vorbehalten, die sich bereits auf hier und andernorts erstellte Hypothesen stützen können.

3.2. Begründung des methodischen Vorgehens

Das methodische Vorgehen begründet sich im Wesentlichen durch die Aufgabenstellung (s.Punkt 2) der Studie.

3.2.1. Interview

Wie schon in Punkt 3.1.1. dargestellt, ist das Interview unabdingbare Voraussetzung zur Erfassung einer Persönlichkeit in ihrer Entwicklung und ihrem Sein.

Es wird einerseits durch die Informationen aus dem Testverfahren TAT ergänzt, andererseits stellt es die notwendige Vervollständigung der Testvorgabe dar. (s.a. REVERS, 80). Der TAT kommt ohne biographisches Interview nicht aus, die wesentlichen Probleme des Probanden sollen dem Untersucher bereits vor der Testung bekannt sein.

3.2.2. Wahl des Thematischen Apperzeptionstest (TAT) als Testverfahren

MURRAYschreibt im TAT-Manual über den Verwendungszweck seines Tests, daß dieser eine Methode sei, mit der einige der beherrschenden Triebe, Gefühle, Gesinnungen, Komplexe und Konflikte einer Person erkannt werden könnten. Besonders hebt er die Fähigkeit des Tests hervor, verdrängte Tendenzen enthüllen zu können.

Der TAT bietet sich zur Durchführung der vorliegenden Arbeit aus mehreren Gründen an.

REVERS (80, S.9) meint: "Der TAT dient... zur Fortsetzung des erkundenden Gesprächs an der Stelle, wo das Gespräch ... notwendige Informationen nicht mehr zutage fördern kann...". Der Test eignet sich besonders zur Untersuchung der "inneren Problematik der Persönlichkeit". Weiterhin zieht REVERS den Vergleich: "Anders als etwa der RORSCHACH-Test zeigt der TAT nicht nur bestimmte Persönlichkeitseigenschaften und charakteristische Verhaltens- oder Erlebnisweisen, sondern er zeigt auch deren situationalen Kontext und die sie tragende Motivation und läßt also inhaltliche Momente von Eigenschaften deutlicher in Erscheinung treten". Der TAT vermag somit zur eingehenden Erfassung von Persönlichkeitseigenschaften deren Stellung im Beziehungsgefüge des sozialen Milieus deutlich machen.

Die Persönlichkeitszüge tragen zudem Merkmale eines Entwicklungsstatus der Perslönlichkeit, da der TAT eine biographische Analyse der Persönlichkeit erlaubt. Die Bildserien enthalten eine "Regel" (REVERS,80) in Gestalt einer Folge biographischer Grundsituationen. Jede Tafel symbolisiert Themen aus durchlebten Lebenslagen. Deshalb erscheint der Test .besonders geeignet

gemäß psychodynamischer Sichtweise, Zusammenhänge zwischen frühen Erlebnissen und derzeitiger Persönlichkeit der Gichtpatienten herausarbeiten zu lassen. Der TAT zielt dabei weniger auf die Erfassung einer statisch erfaßbaren "Persönlichkeitsstruktur" als auf eine Entwicklungsdiagnose ab. Die diagnostische Absicht ist daher nach REVERS (80) ähnlich der der Psychoanalyse FREUDs.

Da der Test jedoch theorieoffen ist, braucht die Studie nicht einem speziellen theoretischen Konzept verpflichtet zu sein.

Ein weiterer Vorteil des TAT ist, daß die Analyse der Motive, Einstellungen und Gefühle von der Intention des Untersuchers abhängig sein darf. Eine selektive Betrachtung ist daher nach HÖRMANN (28,29) möglich.

Ein wichtiger Gesichtspunkt zur Wahl des TAT als Untersuchungsinstrument für die vorliegende Arbeit liegt in der Verwendbarkeit des Tests nicht nur als diagnostisches Verfahren, sondern auch als heuristische Methode der Persönlichkeitsforschung.

3.3. Kritik der Methode

Abschließend folgt eine kritische Betrachtung der Vor- und Nachteile der verwendeten Verfahren.

3.3.1. Vor- und Nachteile des Interviews

Bei der Wahl des halbstandardisierten Interviews wurde auf die Vorteile des standardisierten Verfahrens, die in Vergleichbarkeit, Messbarkeit, größerer Zuverlässigkeit und Fehlerreduktion bestehen (s.a. MACCOBY & MACCOBY, 52), nur zu einem kleinen Teil verzichtet.

Die Vorteile der halbstandardisierten Interviewfüh-

rung liegen vor allem bei dem gesprächsfreundlicheren Kontakt und in der größeren Elastizität. Die persönliche Gewichtung der Interviewinhalte wird dadurch deutlicher. Dies wiegt den ökonomischen Nachteil der nachträglichen Klassifizierung von Antworten und den insgesamt größeren Zeitaufwand der Auswertung bei weitem auf.

Ein größeres Problem ist das schwer einzuschätzende Hereinspielen äußerer Umstände wie Räumlichkeiten, Tageszeit, Wetter u.ä., sowie das Verhältnis Interviewer-Patient auf die Offenheit und Vollständigkeit der Antworten. Nach ARGELANDER (4) ist " das Kriterium für die Verläßlichkeit der Information... die situative Evidenz". Dies stellt höchste Anforderungen an den Interviewer hinsichtlich seiner Intuition und Wahrnehmungsfähigkeit von Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen und verlangt somit psychologische und psychotherapeutische Erfahrung.

Eine Beeinflussung der Befragung kann sowohl durch die Interviewtechnik als auch durch Reaktionen des Untersuchten zustandekommen. Neben systematischen Fehlern des Interviewers (z.B. Milde-Effekt, Halo-Effekt, Contagious bias), die den Befragten zu bestimmten Antworten drängen, kommt noch die schwierige Erfassung instabiler Merkmale, wie Einstellungen, Motive und Interessen, sowie die Stabilität oder Neurotizität des Befragten selbst.

Insgesamt darf das Interview nach MEILI & STEINGRÜBER (56) dennoch zu den ergiebigsten diagnostischen Methoden gezählt werden. Allerdings wird die Grenze des Verfahrens durch die umgekehrte Proportionalität von Präzision und Bandbreite bestimmt.

Jedoch ist es gerade bei der vorliegenden Arbeit so, daß bestimmte Themenbereiche, wie etwa die frühe Kindheit, Elternbeziehung etc. besonders im Mittel-

punkt stehen und somit das halbstandardisierte Interview geeignet erscheint, diese Gebiete anzusprechen, wenn auch die Gesamtrepräsentation darunter zwangsläufig kürzer ausfällt.

Zudem fördert das halbstandardisierte Verfahren die Hypothesenbildung, es bedarf jedoch wegen der oft zufälligen Themenauswahl zusätzlicher diagnostischer Instrumente.

3.3.2. Vor- und Nachteile projektiver Tests

Während bei psychometrischen Persönlichkeitstests für Charaktereigenschaften und Persönlichkeitsmerkmale die Voraussetzung der Eindimensionalität gilt, ist diese Annahme nicht bei projektiven Verfahren erforderlich. Projektive Tests versuchen in ihrer Mehrzahl Merkmalskomplexe und Persönlichkeitsstrukturen zu erfassen, deren Dimensionalität oft noch gar nicht bekannt ist (vgl. HÖRMANN, 29). Dabei werden mehrdimensionale Aspekte, die untereinander in Zusammenhang stehen, angenommen.

Durch den Mangel an formaler Gliederung wird eine statistische Auswertung sehr erschwert. Projektive Tests lassen sich daher meist nur qualitativ auswerten. Dadurch kann zum Teil mehr geleistet werden als durch quantitativ auswertbare psychometrische Verfahren, insbesondere wie im Fall der vorliegenden Arbeit und allgemein hinsichtlich der Einzelfalldiagnostik und Erforschung noch unbekannter Zusammenhänge zwischen somatischer Erkrankung, psychischen Eigenschaften und Erfahrungen des Patienten.

Ein weiterer Vorteil projektiver Verfahren ist die Auswertbarkeit nach mehreren Gesichtspunkten (vgl.a. LIENERT, 50).

Die Nachteile projektiver Verfahren, die in der schwierigen Erfassung der Testgütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität bestehen, und die, sofern sie quantitativ meßbar sind, gegenüber psychometrischen Tests stets niedriger ausfallen, werden in Anbetracht der Aufgabenstellung dieser Arbeit bewußt in Kauf genommen.

Selbstverständlich kann der TAT nur "ausschnitthafte Einsichten in die Persönlichkeit" liefern (REVERS,80). Die volle diagnostische Breite kann er erst in der Zusammenschau mit dem ergänzenden Interview zur Erkundung der biographischen Quellen der Testgeschichten entfalten.

3.4. Anwendung der Kriterien der Life-event-Forschung auf das tiefenpsychologisch orientierte halbstandardisierte Interview

Die Absicht, das Verfahren der Life-event-Forschung nach HOLMES & RAHE (1967) auch bei der vorliegenden Studie anzuwenden, beruht darauf, vorhandene Tendenzen aufzuspüren , die einen Einfluß von Lebensereignissen auf den Ausbruch der Gicht nahelegen.

Dabei wird in Kauf genommen, daß sicherlich nicht sämtliche wichtige Ereignisse erfaßt werden konnten, da die Patienten nicht mit dem Original-Fragebogen nach HOLMES & RAHE (30) befragt wurden. Der Fragebogen beinhaltet 43 Lebensereignisse die aufgrund klinischer Erfahrungen besondere Bedeutung für Anpassungsleistungen haben.

Jedoch war das halbstandardisierte tiefenpsychologisch orientierte Interview daraufhin ausgerichtet, lebensgeschichtlich relevante Ereignisse zu erfassen, so daß es sich geradezu anbietet, die erhobenen Anamnesen danach zu durchforsten.

Das heißt aber auch, daß für alle Patienten eher höhere Punktwerte angenommen werden dürfen, als die aus den Interviews erhebbaren, da an das Interview nicht die gleichen Maßstäbe anzulegen sind, wie an einen Fragebogen (s.a. Punkt 3.1.1. und 3.3.1.).
Zur Erstellung der Punktwerte der Life-changing-units (LCU) der Patienten für den Zeitraum eines Jahres vor Ausbruch ihrer Krankheit wurde die von SCHÜFFEL (86) übersetzte Fassung des Life-event-Fragebogens herangezogen (s.Anhang). Die einzelnen Lebensereignisse sind zusätzlich mit abgestuften Punktwerten für die Adaptionsleistung versehen, die deren unterschiedlichem Bedeutungsgehalt Rechnung tragen. Dabei wird die affektive Belastung innerhalb der Anpassungsleistung betrachtet, nicht aber, inwieweit es sich um negative oder positive Einstellungen und Gefühle handelt.

Kritik an der Validität retrospektiver Life- event-Untersuchungen wird vor allem wegen der Schwierigkeiten bei der exakten Festlegung des Krankheitsausbruchs, wegen der Anfälligkeit des Verfahrens für Verleugnungstendenzen und Antworten im Sinne sozialer Erwünschtheit, sowie wegen der methodischen Probleme, die sich durch zusätzlich auftretende Belastungen während der jeweiligen Krankheit ergeben, geübt (vgl. a. WERSHOW, 100).

Ein weiteres Problem, das auch RAHE et al. (79) sehen, stellt die große interindividuelle Variabilität bei der Bewertung der Lebenssituationen dar, die durch die genannten Life-Change-Units (LCU-Punktwerte) nicht erfaßt werden kann. Dieser Fehler gleicht sich der Wahrscheinlichkeit nach bei größeren Populationen aus, erlangt aber bei kleinen Stichproben Bedeutung. Dem ist entgegenzuhalten, daß die Life-event-Forschung einen epidemiologischen Ansatz hat und individuelle Aussagen eher in den Hintergrund treten.

4. STICHPROBE

4.1. Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe der Untersuchung besteht aus 14 männlichen Gichtpatienten, deren Alter zwischen 32 und 77 Jahren lag. Das Durchschnittsalter betrug 52,3 Jahre.

Zehn Patienten erlernten einen handwerklichen Beruf, jeweils einer einen kaufmännischen, einen pflegerischen einen akademischen und einer keinen Beruf. Zur Zeit der Untersuchung standen elf Patienten in einem festen Arbeitsverhältnis, drei bezogen bereits Rente.

Die Einkommen von zehn Patienten lagen innerhalb eines Rahmens von 1.100.- DM bis 3.500.- DM monatlich (brutto), vier Patienten bezogen höhere Einkommen.

Neun Patienten besaßen Volksschulbildung, drei die Mittlere Reife und zwei Abitur.

Verheiratet waren zwölf Patienten, je einer ledig und einer geschieden.

Die Berufe der Väter der Patienten setzten sich aus drei Akademikern, vier niederen Beamten, drei Arbeitern, zwei Angestellten, einem Handwerker und einem Selbständigen zusammen.

Ihre Mütter waren in zehn Fällen Hausfrauen, sowie zwei Arbeiterinnen, eine Angestellte und eine Selbständige. Neun Väter besuchten die Volksschule, drei machten Abitur und zwei die Mittlere Reife.

Die Schulbildung der Mütter bestand überwiegend in Volksschulbesuch.

Eine Übersicht der sozialen Daten gibt die folgende Tabelle (Nr. 1)

Tabelle 1: Soziale Daten

Patient	Alter	Beruf gelernt	ausgeübt	Einkommen	Schulbildg.	Beruf d. V.	Beruf d. M.	Schulb. V.	Schulb. M.	Ziv. std.	Schicht
1	46	Elektriker		II	VS	Kaufmann	Arbtr.	MR	VS	verh.	3
2	62	keinen	Angest.	II	A	Dipl.-Ing.	Hausfr.	A	VS	verh.	7
3	32	Altenpfl.	Angest.	II	MR	Dipl.-VW	Hausfr.	A	MR	led.	5
4	76	Konditor	Rentner	II	VS	Stallkn.	Hausfr.	VS	VS	verh.	3
5	41	Installationsmstr.		III	VS	Kohlenhd.	Gemüsehd.	VS	VS	verh.	4
6	46	Musiker	Reisekfm.	II	MR	Postbmtr.	Hausfr.	VS	VS	verh.	5
7	77	Dr. jur.	Sachbearb.	III	A	Steuerdir.	Hausfr.	A		verh.	8
8	39	Koch	Küchenchf.	III	VS	Bergmann	Hausfr.	VS	VS	gesch.	4
9	40	Kfz-mech.	tech. Ass.	II	VS	Arbtr.	Hilfsarb.	VS	VS	verh.	3
10	77	Schreiner	Rentner	II	VS	Schreiner	Hausfr.	VS	VS	verh.	3
11	32	Kellner	U-Bahnf.	II-III	VS	Beamter	Bankangst.	VS	VS	verh.	4
12	41	Elektr.	Werkmstr.	II-III	VS	Postbmtr.	Hausfr.	VS	VS	verh.	4
13	65	Kfz-mech.	Hausmstr.	II	VS	Postbmtr.	Hausfr.	VS	VS	verh.	3
14	61	Buchhltr.	Angest.	II	MR	Betr.ltr.	Hausfr.	MR	VS	verh.	5

Erklärungen zur Tabelle 1:

Einkommensklassen: I = unter 1.100 DM mtl. (brutto)
II = 1.100 DM bis 3.500 DM mtl.
III= über 3.500 DM mtl.

Schulbildung: VS = Volksschule; MR = Mittlere Reife; A = Abitur

4.1.1. Definition des Schichtbegriffes

Aus der Vielfalt der gängigen Modellvorschläge über soziale Schichtung bietet sich keiner zur direkten Übernahme an, da in diese meist mehr Variablen eingegeben werden müssen, als bei der vorliegenden Untersuchung erhoben werden konnten. Es ist also notwendig, aus den vorhandenen Angaben zur Person, nämlich Beruf, monatliches Einkommen und Schulbildung, einen Index für die Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppierung zu finden.

Es bietet sich an (99) , Schulbildung, Beruf und Einkommen in der Formel "2 x Bildung + Einkommen = sozialer Status" zusammenzufassen. Die "Bildung" wird dabei mit Faktor 2 gewichtet, um ihrer ursächlicheren Bedeutung für die Schichtzugehörigkeit gerecht zu werden. Die Variable "Beruf" tritt in der Formel nur mehr durch die Variable "Einkommen" vermittelt auf, die in die sehr breiten Klassen

o = unter 1.100 DM/mtl
1 = 1.100 - 3.500 DM/mtl und
2 = über 3.500 DM/mtl untergliedert ist.

Die Variable "Schulbildung" ist unterteilt in

1 = Volksschulabschluß
2 = Mittlere Reife
3 = Abitur
4 = Hochschulabschluß

Aus den einzelnen Variablenindizes, die in die Formel eingegeben werden, resultiert ein numerischer Wert, der die jeweilige Rangordnung der Patienten unter den insgesamt 12 verschiedenen sozialen Gruppierungen anzeigt.

4.1.2. Schichtzuordnung der Patienten

Tabelle 2 zeigt das Klassifikationsschema für die soziale Schicht. In den Feldern sind neben der jeweiligen Rangzahl die zugehörigen Patienten aufgeführt.

Tabelle 2: Schichtzugehörigkeit der Patienten

Einkommen		Beruf 1 = VS		2 = MR		3 = A		4 = HS	
unter 1.000	0	2	--	4	--	6	--	8	--
1.000-3.500	1	3	Pat. 1,4 9,10,13	5	Pat. 3, 6,14	7	Pat. 2	9	--
über 3.500	2	4	Pat. 5,8 11,12	6	--	8	Pat. 7	10	--

VS = Volkschule; MR = Mittlere Reife; A = Abitur; HS = Hochschule

4.1.3. Begleitbefunde und Beschwerden

Die untersuchten Patienten waren in der Mehrzahl multimorbid. Deutlich zeigt sich auch bei der vorliegenden Stichprobe die positive Syntropie zwischen Gicht, Diabetes mellitus und Fettstoffwechselstörungen. Ein Patient hatte einen manifesten und zwei einen latenten Diabetes, Fettstoffwechselstörungen die Hälfte der Untersuchten. Eine Nierenerkrankung lag in insgesamt 50% der Fälle vor, hierbei wurden außer Nierensteinen (42,9%) auch Pyelonephritiden (14,2%), Zysten und andere Nephrosen subsumiert. Mehrfachnennungen kamen vor. Eine Übersicht über die Begleitbefun-

de und die funktionellen Beschwerden der einzelnen Patienten gibt Tabelle 3.

Die zahlenmäßigen Angaben über funktionelle Beschwerden sind angesichts der geringen Probandenzahl starken Zufallsschwankungen unterworfen und somit nur schwer mit den Stichproben KLUSSMANNs (41) und SCHNABLs (85) vergleichbar. Auffällig ist dennoch, daß mehr Angst und depressive Verstimmung und keine Herzbeschwerden und Kopfschmerzen gefunden wurden als in den Vergleichsgruppen.

Tabelle 4 zeigt eine vergleichende Darstellung funktioneller Beschwerden.

Tabelle 4: Vergleich funktioneller Beschwerden

	eigene/n=14		Klußmann/n=41		Schnabl/n=2000	
	n	%	n	%	n	%
Kopfschmerz	0	0	5	12,6	680	34,0
Schlafstörung	3	21,4	6	14,6	700	35,0
Angst	4	28,5	3	7,3	420	21,0
rheumat.Beschw.	1	7,2	10	24,4	200	10,0
Magenbeschwerden	2	14,4	17	41,5	460	23,0
Depressive Verst.	7	50,0	9	22,0	240	12,0
Herzbeschwerden	0	0	15	36,6	580	29,0

Tabelle 3: Begleitbefunde

	Patient 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	n	%
Beschwerden																
Hypertonie	+	+		+	+		+	(+)					+	+	8	57,1
Diabetes m.		lat.					+	lat.							1-3	7-21,4
Übergewicht	+	+		+	+	+	+	+	+		+	+		+	11	78,5
Nierenbetlg		+	+	+	+			+			+			+	7	50,0
Alkohol	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	13	92,8
Fettstoffw.		+	+	+	+		+	+						+	7	50,0
Colitis			+												1	7,1
Angiopathie		+							+					+	3	21,4
KHK, a.p.		+		+			+						+		4	28,5
Funktionelle Beschwerden																
Angst			+			+			+		+				4	28,5
Herz															-	
Magen					+				+						2	14,2
Kopfschmerz															-	
Schlafstörg.	+											+	+		3	21,4
Depr.Verst.		+	+	+	+				+			+	+		7	50,0
Rheumat.B.														+	1	7,1
Schwitzen											+			+	2	14,2
Pruritus													+	+	2	14,2
Hypervent.			+												1	7,1
Obstipation				+										+	2	14,2

4.2. Gewinnung der Stichprobe

In der Stoffwechselambulanz der Medizinischen Poliklinik München wurden zehn Patienten dafür gewonnen, an einer, wie ihnen erklärt wurde, Untersuchung über die Persönlichkeit von Gichtpatienten, teilzunehmen. Weitere Angaben, außer, daß die Untersuchung aus einem lebensgeschichtlichen Interview und einem psychologischen Test bestehe, wurden nicht gemacht. Die restlichen untersuchten Patienten wurden zufällig aus der Kartei der Ambulanz gezogen und telefonisch nach ihrer Bereitschaft, sich der Untersuchung zur Verfügung zu stellen, befragt.

An dieser Stelle sei nochmals allen Patienten für ihre Teilnahme, die sehr zeitaufwendig war, gedankt.

5. ERGEBNISSE

Die Ergebnisse der Untersuchung sind in zwei Unterpunkte zusammengefaßt:

1. Ergebnisse, die sich aus TAT und Anamnese herleiten,
2. Ergebnisse, die allein aus der Anamneseauswertung stammen.

Es gibt natürlich unzählige Auswertungsmöglichkeiten. In der vorliegenden Arbeit wurden die für eine verstehende und erklärende Betrachtung der psychosomatischen Aspekte der familiären Gicht wichtigsten Gesichtspunkte, wie die frühe Kindheit und die Mutter- und Vaterbeziehung der Patienten ausgewählt. Von Interesse für die Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen der Patienten waren weiterhin das gefühlsmäßige Erleben, die Triebstrukturen sowie das Leistungsverhalten. Zudem wurden die dem ersten Gichtanfall vorausgehenden Lebensumstände einer genaueren Betrachtung unterzogen.

Es besteht wohl der Anspruch, sämtliche bedeutsamen Punkte zu betrachten, nicht aber alle, die möglich wären, denn dies würde den Rahmen der Arbeit sprengen.

Die Ergebnisse werden im anschließenden Punkt 6 im Lichte einiger ausgewählter theoretischer Ansätze diskutiert.

5.1. TAT-Ergebnisse

5.1.1 Auffälligkeiten in der frühen Kindheit

Die Anamnesen der Gichtpatienten machen deutlich, daß es ihnen während ihrer Kindheit an Geborgenheit in der Familie mangelte und einige von ihnen sogar auf die Eltern ganz oder teilweise verzichten mußten (1, 2,3,5,6,8,9,10,11,12,13).

Die Patienten 1,5,6,8 und 12 wuchsen über einen längeren Zeitraum nicht bei ihren Eltern auf, da diese entweder geschieden oder getrennt lebten, ein Elternteil verstorben war, die Familie durch Evakuierung getrennt lebte oder der Patient (12) wegen einer schweren Erkrankung nicht bei der Familie lebte. Drei Patienten (1,8,11) erlebten die Scheidung ihrer Eltern.

Im TAT regte Tafel 1 die meisten Patienten zu leistungsbezogenen Erzählungen an, die Aufschluß über ihre Erziehung zur Leistungsorientierung geben. Die Ergebnisse dazu sind in Punkt 5.1.7. dargestellt. Auffällig ist die überwiegend ablehnende Haltung zu den Leistungsforderungen der Eltern und die starken Tendenzen zum Aufgeben, die im Vergleich mit den anamnestisch erhaltenen Selbstbild der Patienten den Schluß zuläßt, daß die Patienten eine überstarke Leistungsmotivation mit gleichzeitiger Mißerfolgsorientierung aufweisen.

Hauptsächlich bei Tafel 2, aber auch bei den Tafeln 5,6 und 19, werden gehäuft Familien dargestellt, deren Mitglieder zueinander beziehungslos sind (2,3,5, 6,8,9,10,14). In zwei Fällen werden Loslösungsbestrebungen des jüngsten Familienmitgliedes thematisiert (1,8). Die Wunschvorstellungen von einer intakten und harmonischen Familie sind von Resignation und Zynismus überschattet (3,6).

Eine Zusammenschau der Anamnese- und TAT-Ergebnisse über Auffälligkeiten in der frühen Kindheit zeigt Tabelle 5.

Tabelle 5: Auffälligkeiten in der Kindheit

Pat.	
1	Anamnese: Der Pat. wurde unehelich geboren, erst mit 16 erfuhr er, daß seine Großeltern, bei denen er aufwuchs, nicht seine leiblichen Eltern waren. Den Vater sah er das erste mal mit 16 J., die Mutter allenfalls an Wochenenden. Die Großmutter wird als herrisch, jähzornig und streng charakterisiert. TAT: Lustlos gegenüber Leistungsanforderungen (1). Mutter (Großmutter) ist "recht grantig" weil Kind (Tochter) nicht mithilft. Das Kind hat sich jedoch schon gelöst (2).
2	Anamnese: Der Vater wird als sehr streng u. "kompromißlos genau" beschrieben, er züchtigt wegen Kleinigkeiten. Trotzdem hatte der Sohn subjektiv kein schlechtes Verhältnis zu ihm. Die Mutter war eine "Seele von Mensch". TAT: Insuffizienzgefühle gegenüber Leistungsforderung (1). Familienmitglieder sind beziehungslos zueinander (2).
3	Anamnese: Weder Vater noch Mutter kümmerten sich viel um den Sohn, der mehr die Dienstboten erlebte. In der Pubertät stand er auf Kriegsfuß mit den Eltern. TAT: Zwang, Prügel, Auflehnung gegen die Eltern (1). Mutter nicht erlebt, nur Dienstboten (5). Harmonisches Familienleben als Farce und Lüge (6). Charakterisierung des Elternhauses: Kälte, Einsamkeit, Bedrohung und Kontrolle (19).
4	Anamnese: Über die Kindheit "...wüßte ich nichts...eigentlich nichts besonderes...muß schon vergessen haben". Der Vater wird "es war mit ihm auszukommen" charakterisiert. TAT: Unangenehme Leistungsforderungen (1). Kontrollierende Mutter (6).

Tabelle 5: Auffälligkeiten in der Kindheit
(Fortsetzung)

Pat	
5	Anamnese: Der Vater starb, als Pat. 4 J. war, er kann sich "praktisch nicht " an ihn erinnern. Die Mutter mußte die Familie ernähren und konnte sich nicht viel um den Pat. kümmern, der in den ersten Lebensjahren ständig zwischen verschiedenen Orten pendeln mußte. Ab dem 11. J. war der Pt. im Internat, die Mutter starb, als er 12 J. alt war. TAT: Distanzierte, klischeehaft-leere Familie (2,5). Distanz zur strengen, kontrollierenden Mutter (6). Klischeehafte Vater-Beziehung (7). Unfähigkeit, den Tod von Vater (8) u. Mutter (12) zu betrauern.
6	Anamnese: "...das war nicht so ein Elternhaus, wie ein normaler Mensch..."; "...also, da ist nicht viel zu erzählen...". Die Kindheit liegt "...mehr oder weniger im Dunkeln". Die Eltern waren streng, es herrschte eine angespannte Situation. Mit 7 J. wurde er ausgebombt und lebte bei einer Tante ("verkrüppelte Jungfer"). TAT: Strenge Leistungsforderung (1). Heiles Familienleben als naiver Glaube (2). Versagensangst vor der Mutter (6). Resignation bzgl. Zukunft (5).
7	Anamnese: Die Kindheit wird als "...insofern ganz nett..." bezeichnet. Es hat "... nichts Erschütterndes..." gegeben. Die Beziehung zum Vater war eher kühl. TAT: Müde und lustlos gegenüber den Leistungsforderungen der Eltern (1).
8	Anamnese: Die Ehe der Eltern war zerrüttet, der Vater war bis zum 3. J. des Pat. im Krieg, dann kam die Trennung der Eheleute, der Pat. lebte bis zum 5. J. bei der Großmutter, danach bis zum 11. im Internat. Aus Vernunftgründen lebten die Eltern später wieder zusammen. TAT: Mißfallen der Leistungsforderung (1). Distanz zur Familie, Trennungswunsch (2). Für den Pat. schwer begreifbare Beziehung zwischen den Eltern (10).

Tabelle 5: Auffälligkeiten in der Kindheit
(Fortsetzung)

Pat.	
9	Anamnese: Armselige Verhältnisse, die Mutter war fast nie zuhause, der Vater "war den ganzen Tag in der Arbeit". - "Hunger gab's nie". TAT: Unwillig gegenüber Leistungsforderung (1). Familiärer Alltag: Unfreundlichkeit und Streß (5). Bei dem Gedanken an eine "gesunde Familie mit Kindern" klingt der Pat. gequält und ist resigniert (10). Beziehungslose Familienmitglieder (2).
10	Anamnese: Die Atmosphäre im Elternhaus war "mehr barrasmäßig", die Elternliebe sei "...bei dem Haufen nicht so zur Geltung gekommen". Der Pat. hatte 11 Geschwister; die Eltern waren arm. TAT: Verdeckter Widerstand gegen Leistungsanforderung (1). Beziehungslose Familienmitglieder (2). Kontrollierende Mutter (5). Zufriedener Säugling an der Mutterbrust (10).
11	Anamnese: Die Kindheit war "nicht besonders schön". Der Vater war Alkoholiker und prügelte Sohn und Frau. Die Familie war arm und lebte im Justizpalast. Dort gab es keine Spielkameraden. Als der Pat. 10 J. alt war, trennten sich die Eltern, er lebte bis zu seiner Flucht mit 13 J. beim Vater. TAT: Auseinandersetzung mit Leistungsanforderung. Nach Mißerfolg und Tadel besteht Tendenz zum Aufgeben (1). Eltern rackern sich ab, damit es das Kind später schöner hat (2). Trauer und Verzweiflung eines Kindes über Tod der Großmutter (3).
12	Anamnese: Mit 1 1/2 J. bekam der Pat. Meningitis und verbrachte 2 Jahre im Krankenhaus. Die Eltern und Ärzte hätten ihn damals schon aufgegeben. Auch danach war er ein kränkliches Kind. Seine Kindheit beschreibt er als "schön". Die Familie wurde, als der Pat 1 J. alt war, zur Großmutter aufs Land evakuiert: TAT: Ablehnung der elterlichen Leistungsanforderung(1). Trauer eines Kindes nach Prügel und Verlusterlebnis (Spielzeug) (3). Bedrohung des Jungen durch Älteren, Wut und Notwehr dagegen (8). Bedrohung

Tabelle 5: Auffälligkeiten in der Kindheit
(Fortsetzung)

Pat.	
12	Fortsetzung: Bedrohung des Jungen durch brutale Männer (9). Vater kann Tod des verunglückten Jungen nicht glauben (12)
13	Anamnese: Pat. wuchs in armseligen Verhältnissen auf, er hatte 4 Geschwister. Der Vater war regelmäßig 3 - 4 Tage in der Woche nicht zu hause, wenn er dann wiederkam half er mit Prügeln nach. TAT: Widerspruch und Lustlosigkeit gegen elterliche Leistungsforderung (1).
14	Anamnese: Verwöhnung des Pat. durch die Eltern, vor allem den Vater. TAT: Leistungsanforderung der Eltern führt zu Verweigerung des Knaben (1). Beziehungslose Familienmitglieder (2). Bedrohung der schwachen und unschuldigen Kinder durch unheimliche Natur und Gespenster (11). Zwei Knaben schneiden der schlafenden Großmutter den Zopf ab (12).

In die obige Tabelle 5 wurden vorwiegend Thematisierungen der allgemeinen Familiensituation der Patienten aufgenommen. Die Beziehung zu Mutter und Vater werden in den folgenden Punkten 5.1.2 und 5.1.3. nochmals eingehender betrachtet.

5.1.2. Die Mutter - Beziehung

Bei Betrachtung der Anamnese ergibt sich der Eindruck, daß die Mehrzahl der Patienten zu ihren Müttern ein problematisches Verhältnis hat, das durch ambivalente Gefühle gekennzeichnet ist, was sich beispielsweise in Charakterisierungen, wie "ganz reizende Dame" (Pat. 3), "Heilige" (Pat. 9) oder in Äußerungen wie "... ich kann nichts Nachträgliches sagen..." (Pat. 12) zeigt. Die Mütter vieler Patienten (1,2,3, 5,6,8,9,10,11,12,13) hatten wenig Zeit für ihre Kinder und zeigten geringe Neigung, sich um diese liebevoll zu kümmern. Die meisten Patienten schützen sich allerdings durch Verdrängung vor der Bewußtwerdeung dieser Sachverhalte.

Im TAT wird die Mutterfigur häufig als kontrollierend (Patienten 4,5,10,14), kühl und distanziert (Pat. 1,3,5,8,9) und mit Vorwürfen sowie Liebesentzug strafend (Pat. 1,2,8,10,13) dargestellt.

Das Mutter-Sohn-Verhältnis erscheint oft angespannt und von Versagensangst sowie Schuldgefühlen gegenüber der Mutter geprägt (Pat. 1,2,5,6,7,13).

Loslösungsbestrebungen von der Mutter thematisieren die Patienten 5,6,11,12 u. 14.
Ein harmonisches Familienleben und eine positiv dargestellte Mutterbeziehung findet sich nur selten, z.B. als Regressionsbedürfnis (Pat. 10) oder in Form einer fürsorglichen und verständnisvollen Mutter (Pat. 7,14), ist dabei aber stets ambivalent dargestellt.

Die TAT-Befunde stellen die Problematik der Mutterbeziehung deutlicher heraus als die Anamnese, da die Abwehrmechanismen, ungeliebte Inhalte nicht wahr haben zu müssen, bei der Testbearbeitung nicht so stark in Anspruch genommen wurden.
Tabelle 6 gibt eine Zusammenschau der Anamnese- und TAT-Ergebnisse zur Mutterbeziehung der Gichtpatienten.

Tabelle 6 : Mutter-Beziehung

Pat.	
1	Anamnese: Pat. ist distanziert zur Mutter, verteidigt sie aber und hat Verständnis dafür, daß sie sich nicht um ihn kümmerte. Vom 1.-16.Lj. sah er sie nur an den Wochenenden, in dieser Zeit vertrat die Großmutter die Mutter. Zu dieser bestand enge Bindung und zugleich ambivalente Besetzung (herrisch, streng, jähzornig und sadistisch). TAT: Mutter ist grantig und streitsüchtig (2). Distanz zur Mutter, diese ist von Entsetzen geplagt (5). M drückt sich vor unangenehmen Dingen und überläßt dies dem Sohn (6). M. ist dem Sohn gegenüber vorwurfsvoll.
2	Anamnese: M. war eine " Seele von Mensch", beruhigend und ein Ausgleich zum Vater, hatte aber wenig Zeit für ihre Kinder. TAT: Schuldgefühle gegenüber der schimpfenden M. (5) Angespanntes Mutter-Sohn-Verhältnis nach Aussprache, Liebesentzug für Sohn, Schuldgefühle des Sohnes (6). M. freundlich und verständnisvoll zur Tochter (weibliche Komponente des Pat.) (10).
3	Anamnese: M. ist eine "ganz reizende Dame", diszipliniert und religiös. Sie hatte nicht viel Zeit für den Sohn, was der Pat. mit Ironie zu verarbeiten sucht. Er nimmt sie dafür in Schutz. Pat. verehrte seine Großmutter sehr, ihr Tod traf ihn tief. TAT: M. wenig erlebt, mehr das Dienstmädchen (5). Familie als "scheußliches Bild" (2). Harmonisches Familienleben ist nur eine Farce (6). Resignation und Wunsch nach intakter, zärtlicher Familie (10).
4	Anamnese: Die Mutter starb, als Pat. 34 J. alt war, nähere Angaben konnten nicht erhoben werden. TAT: Leistungsfordernde und kontrollierende Mutter (1,6).

Tabelle 6: Mutter-Beziehung (Fortssetzung)

Pat.	
5	Anamnese: Die Mutter war "recht lebenslustig, stark und fest". Sie starb an Gehirnschlag, als der Pat. 12 J. alt war, in ihren letzten Jahren war sie häufig krank und in verschiedenen Kliniken. Sie konnte sich nicht viel um den Sohn kümmern. Zwei 17 u. 18 Jahre ältere Schwestern ersetzten die M. TAT: Keine echte Beziehung zur M. (5). Distanz und Schuldgefühle gegenüber der strengen und kontrollierenden M. (6). Resignation und Verzweiflung über Tod der M. (12).
6	Anamnese: Die Mutter wird als streng beschrieben. Die Situation zuhause als angespannt. Ab dem 7. Lj. lebte der Pat. bei einer Tante ("verkrüppelte Jungfer"). TAT: Strenge Leistungsforderungen (1). Ablösebestrebungen des Sohnes und Angst vor Versagen in den Augen der Mutter (6).
7	Anamnese: Die Mutter starb in einem Altenheim in Niederbayern, der Pat. zog es vor mit seinen Schwiegereltern zusammen in München zu leben. TAT: Gütige M., ergeben in ihr Schicksal, das der Sohn ihr durch sein Versagen bereitet. Schuldgefühle und Reue des Sohnes (6). M. verstehend und tröstend (10).
8	Anamnese: Die Mutter leidet ebenso wie der Pat. an Übergewicht, weitere Angaben konnten nicht erhoben werden. TAT: Klischeehaftes, leeres Mutter-Bild (5). Distanz des Sohnes zur kühlen und unzugänglichen M. Beschimpfung durch M. (6).
9	Anamnese: Die Mutter wird als "unbeschreibbare Frau" bezeichnet, die eine "Heilige" und eine "Seele von Mensch" sei. Sie mußte viel arbeiten und hatte wenig Zeit.

Tabelle 6: Mutter-Beziehung (Fortsetzung)

Pat.	
9	Fortsetzung TAT: Distanzierte Beziehung zur Mutter (6). Die Ehefrau dient als Mutterersatz, hat jedoch keine echte Chance (5).
10	Anamnese: Die Mutter war "ein bißchen lustiger" als der Vater, jedoch habe sie es "mit den Kindern nicht so gekonnt". Die Atmosphäre war "barrasmäßig", es gab wenig Elternliebe. "Ach, die war eine gute Frau!". TAT: Kontrollierende Mutter/Ehefrau (5). Verfehlung des Sohnes führt zu racheartiger Beschimpfung durch die Mutter (6). Säugling an der Mutterbrust (Regression) (10).
11	Anamnese: Die Mutter ist "sehr gut", sie "vergöttert mich ja halbert". Anderen gegenüber ist sie "sehr resolut". Die Mutter kümmerte sich nicht viel um den Sohn, der sie heute noch alle 14 Tage besucht. Mit ihrer Schwiegertochter versteht sie sich nicht. TAT: Sohn will sich aus enger Mutterbindung lösen (6).
12	Anamnese: Die Mutter sei immer gut gewesen; sie wird als "gute Frau" bezeichnet. Zeit für den Pat. und seine Geschwister hatte sie keine. Über die Eltern: "Ja, die waren gut, an und für sich. Ich kann nichts Nachträgliches sagen, daß sie mir irgendwie..." TAT: Traurige Nachricht vom Tod des Sohnes wird der Mutter überbracht. (6).
13	Anamnese: Die Mutter wird als milder als der Vater beschrieben. Der Pat. erlebte wenig Zuneigung. TAT: Die Ehefrau weist Mutter-ähnliche Züge auf (4). Wegen eines Vergehens droht dem Sohn der Liebesverlust der M., Schuldgefühle (6).
14	Anamnese: Zur M. besteht ein distanziertes Verhältnis, als Kind wurde er verwöhnt. TAT: Fürsorgliche und kontrollierende M. (5). Sohn faßt gegen den Willen der M. den Entschluß, sich auf eigene Beine zu stellen (6).

5.1.3. Die Vater-Beziehung

Das Auffallendste an der Beziehung der Gichtpatienten zu ihren Vätern ist, daß sie diese entweder gar nicht (Pat.1,5,8,12) oder nur wenig und dann distanziert erlebten. Die Charaktere der Väter werden entweder sehr negativ dargestellt, z.B. sehr streng, überkorrekt, kompromißlos, hart strafend und kalt, oder sie sind ambivalent besetzt, was sich in Äußerungen wie (der Vater) "...lebt leider nimmer..." über einen Vater, der den "ganzen Tag in der Arbeit" war (9) und für den Patienten keine Zeit hatte, äußert. In Charakterisierungen, wie "nicht gerade nett" kommt ebenfalls die ambivalente Einstellung und deren Verleugnung zum Vorschein (Pat. 11).

Die Vaterfiguren und vor allem die Vater-Sohn-Beziehungen in den TAT-Geschichten werden zwiespältig, oft klischeehaft und distanziert dargestellt.

Tafel 8 regt häufig zu Phantasien über den Tod des Vaters und zu Todeswünschen ihm gegenüber an. Die Vaterfigur wurde entweder vom Sohn verletzt oder umgebracht oder ist von dritter Seite mit Todesgefahr bedroht. Die Gefühle des Sohnes sind dabei häufig von Teilnahmslosigkeit geprägt.

Das Machtgefälle zwischen Vater und Sohn wird in den Erzählungen zu Tafel 7 deutlich. Hier werden Opposition und Skepsis sowie Ablösungsbestrebungen der Söhne geschildert. Die Beziehungen erscheinen distanziert und teilweise von Unterdrückung gekennzeichnet. Der Vater als akzeptierter Ratgeber und Tröster stellt die Ausnahme dar (1,7); in diesen Fällen ist jedoch eine deutliche Diskrepanz zur jeweiligen Charakterisierung des Vaters in der Anamnese feststellbar. Bei zwei Patienten (4,6) erscheint überhaupt keine Vaterfigur in den Erzählungen.

Die Ergebnisse aus Anamnese und TAT dürfen als kongruent angesehen werden. Der Verzicht der Gichtpatienten auf ihre Väter geht über das im Allgemeinen übliche Maß hinaus. Eine männliche Identifikation wurde somit den Patienten in ihrer Kindheit und Jugend erschwert.

Tabelle 7 gibt eine Übersicht der Ergebnisse.

Tabelle 7 : Vater-Beziehung

Pat.	
1	Anamnese: Die Beziehung zum Vater ist äußerst distanziert, da der Pat. bis zum 16.Lj. nichts von dessen Existenz wußte. Der Großvater, den er für den Vater hielt, wird als nicht richtig zur Familie gehörig erlebt. Dieser war eher milder zum Pat. als die Großmutter. TAT: V. als gütiger und verständnisvoller Tröster und Ratgeber (7). Mordwunsch des Sohnes gegenüber dem Vater (8). Tröstender V. am Kranken-/Totenlager des Sohnes (12).
2	Anamnese: Der Vater wird als sehr streng, konservativ und "kompromißlos genau" beschrieben, der mit Prügeln strafte. Trotzdem hatte der Pat. kein schlechtes Verhältnis zum Vater. TAT: Skepsis, Opposition und Durchsetzung gegen V. (7). Distanzierte Vater-Sohn-Beziehung.(7). Sohn hat V. "zur Strecke" gebracht und ist dabei gefühllos (8). Inzestuöser V. gegenüber Tochter (als weibl. Komponente des Pat.) (12).
3	Anamnese: Der Vater wird als "preußisch-diszipliniert", wenig spontan, "unheimlich humorvoll" furchterregend und kalt beschrieben. Der Pat. schwankt zwischen Ablehnung und Bewunderung. Pat. fand in einem ca. 50-jährigen Maler einen väterlichen Freund. TAT: Sadistischer Todeswunsch für den ambivalent besetzten V., Abwehr aller Gefühle (8).
4	Anamnese: Mit dem Vater "war...auszukommen". Zu anderen war er immer freundlich und leutselig. TAT: V. kommt nicht vor!
5	Anamnese: Der Vater starb als der Pat. 4 J. war, er kann sich "praktisch nicht" an ihn erinnern.

Tabelle 7: Vater-Beziehung (Fortsetzung)

Pat.	
5	Fortsetzung TAT: Keine echte V.-Beziehung nachvollziehbar, klischeehaft, leer und inhaltslos (7). Resignation und Schuldgefühle wegen Tod des V. (8).
6	Anamnese: Der Vater wird als streng geschildert. TAT: V. kommt nicht vor! - Resignation bzgl. intakten Familienlebens (2), der Glaube daran wird für naiv gehalten. Die Hoffnungen auf die Zukunft werden als trügerisch dargestellt (5).
7	Anamnese: Die Beziehung zum Vater war eher kühl. TAT: V. ist geduldig und interessiert für die Probleme des Sohnes (7). Sohn ist betrübt und besorgt um Leben des Vaters (8).
8	Anamnese: Der Pat. erlebte den Vater bis zu seinem 11. Lj. nicht. TAT: V. ruhig und überlegen. Die Vater-Sohn-Beziehung ist leer und klischeehaft; der Sohn ist ärgerlich und gedemütigt (7).
9	Anamnese: Der Vater "lebt leider nimmer", er starb, als Pat. 17 J. war. Er war "den ganzen Tag in der Arbeit". TAT: Distanziertes Verhältnis zu V. (7).
10	Anamnese: Der Vater war streng und geizig. Er arbeitete "Tag und Nacht", der Pat. erlebte ihn wenig. TAT: Sohn kann sich nur schwer der Beeinflussung durch den Vater bzgl. Partner- und Berufswahl entziehen (7). Operation des Vaters: wehrloser Vater wird entmachtet, sadistischer Todeswunsch (8).
11	Anamnese: Der Vater war "nicht gerade nett", er war Alkoho-

Tabelle 7: Vater-Beziehung (Fortsetzung)

Pat.	
11	Anamnese: (Fortsetzung) liker und prügelte die Familie. "Was er genau macht", weiß der Pat. nicht, er brach die Beziehung zum Vater mit 14 J. ab. Schon vorher bestand Distanz. TAT: Vater übt auf Sohn bzgl. Partnerwahl (Mutter?) Druck aus; der setzt sich jedoch durch (7). Gefährliche Verletzung des Vaters stößt bei Sohn auf Gleichgültigkeit (8). Zärtlichkeiten des Vaters für den Sohn(12).
12	Anamnese: Der Pat. erlebte seinen Vater wenig. Erst war er im Krieg, dann in Gefangenschaft, später arbeitete er viel und hatte keine Zeit. TAT: Distanziertes Vater-Sohn-Verhältnis. Vater versucht, Sohn seinen Willen aufzudrängen, der jedoch nicht nachgibt (7). Notwehr gegen brutalen Angriff durch Älteren (8). Vater kann Tod des verunglückten Sohnes nicht glauben (12).
13	Anamnese: Der sehr strenge Vater war pro Woche 3-4 Tage außer Haus, wenn er kam, gab es Prügel. Der Pat. schildert sein Verhältnis zum Vater als gut, er ist autoritätsabhängig. TAT: V. klärt den Sohn auf, macht Vorhaltungen. "Der Vater hat meistens recht". Teilweise komplizenhaftes Verhältnis (7). Aufklärung des Sohnes durch V., Unterwerfung des Sohnes, scham und Reue.
14	Anamnese: Früher wurde Pat. verwöhnt und umsorgt vom Vater, auch heute ncoh besteht eine sehr enge Beziehung und geradezu Abhängigkeit. TAT: Sohn will etwas über seinen V. erfahren (7). V. wird geöffnet/operiert; Sohn teilnahmslos(8).

5.1.4. Depression und Grandiosität

Bei der Durchsicht der Interview- und Testprotokolle zeigte sich, daß bei vier Patienten (1,5,8,12) fast ausschließlich depressive Stimmungen und Inhalte sowohl in der Anamnese als auch im TAT zum tragen kamen, während nur bei einem Patienten (14) durchgängig eine grandiose Einstellung vorherrschte. Beim Großteil der Patienten tauchten depressive Stimmungen und grandiose Einstellungen gleichermaßen auf, wobei sich deutlich die Tendenz zeigte, im Interview eher die grandiosen Vorstellungen zu äußern, wohingegen der TAT mehr zur Schilderung depressiver Themen anregte.

Depressive Empfindungen masochistischer Prägung kamen in den TAT-Erzählungen von neun Patienten (1,2, 3,5,7,8,9,12,13) zum Vorschein, dabei wurde von fünf Untersuchten (2,3,8,9,13) der Suicid thematisiert.

Der direkte Übersprung von grandioser Selbsteinschätzung in depressive Stimmung war bei fünf Patienten (7,8,9,11,13) in den TAT-Erzählungen zu beobachten: Bei dreien (7,8,13) sprang die depressive Einstellung, die sich jeweils in Suicidabsichten äußerte, in positive Tätigkeiten und Stimmungen wie "Sonnenbad", "Lottogewinn" oder "angenehme Zukunftshoffnungen" über, bei einem Untersuchten (9) erfolgte der Übersprung umgekehrt vom Anblick der begehrten Geliebten zu Suicidimpulsen.

Der TAT scheint so in der Lage zu sein, auch bei oberflächlich gezeigter grandioser Selbstdarstellung die darunterliegende depressive Komponente hervorzulocken, die gerade bei den, dem Philobaten-Typ (BALINT,6) zuzuordnenden Patienten (3,6,8,9) nicht auf den ersten Blick ersichtlich ist.

Insgesamt überwiegt bei den Patienten die depressive Stimmungslage und Themenwahl beim TAT vor der Grandiosität.

Das Verhalten der meisten Untersuchten (1,2,4,5,6,7, 8,9,10,13) während der TAT-Vorgabe war von Minderwertigkeitsgefühlen stark geprägt; sie entschuldigten sich für ihr mangelndes kulturelles Wissen, unterbrachen die Testsitzung oder beriefen sich auf ihre schlechten Augen.

Eine besondere Bedeutung kommt nach REVERS (80) der Analyse des Verlaufs und vor allem des Ausgangs der Erzählungen hinsichtlich der Zukunftsorientierung der Probanden zu. Tabelle 8 gibt einen Überblick über den Anteil der unentschiedenen, negativen und positiven Ausgänge der Erzählungen pro Patient. Unter negativem Ausgang werden alle Situationen und Gefühle gezählt, die Trennungen, depressive Gefühle, unangenehme Affekte, materielle Verluste, Anpassungen im unerwünschten Sinn, Versagen, Resignation, Zweifel und Tod beinhalten. Zu positiven Ausgängen zählen Tröstungen, Hilfe, Hoffnungen, Einsichten, Wünsche und Aktivitäten gegen ungeliebte Situationen.

Tabelle 8: Ausgänge der TAT-Erzählungen

Patient	positiver %	negativer %	unentschiedener Ausgang %
1	10	45	45
2	40	35	25
3	15	70	15
4	90	0	10
5	5	30	65
6	30	40	30
7	25	30	45
8	20	20	60
9	10	40	50
10	20	30	50
11	50	35	15
12	75	20	5
13	35	25	40
14	45	25	30
Durchschnitt:	33,5	31,8	34,7

Die Tabelle zeigt, daß die positiven Ausgänge nur ein Drittel ausmachen, während etwa je ein Drittel auf die negativen und unentschidenen entfallen.
Bei elf Patienten kommen positive Ausgänge in weniger als der Hälfte der Erzählungen vor, die negativen und unentschiedenen überwiegen. Nur von zwei Patienten wurden deutlich häufiger positive Ausgänge bevorzugt. Diese beiden (4,12) hinterließen während Anamnese- und Testsituation im Gegensatz dazu einen depressiv gestimmten Eindruck.
Bei den positiven Ausgängen konnten häufig sprunghaft einsetzende Harmonisierungsversuche festgestellt werden, die oft einen banalen und nicht stimmigen Ausgang in Kauf nahmen, so vor allem bei den Patienten 4,9,12, und 14.

5.1.5. Objektverlust

Die pathogene Bedeutung von Objektverlusten konnte bereits SPITZ (92) in seinen Untersuchungen über maternale Deprivation bei Säuglingen belegen.

Mit Objektverlusten im Erwachsenenalter beschäftigen sich unter anderem die Life-event-Forschung und die Untersuchungen über Verwitwete, die trotz komplexer Anpassungsmechanismen der Betroffenenen ebenfalls die Mitverursachung von Beschwerden und Krankheiten nachweisen konnten (s.a. JORASCHKY & KÖHLE, 31).

Für die Gicht vermuten KLUSSMANN (40) und CASTELNUOVO-TEDESCO(13) Objektverluste als mitauslösende Faktoren der Krankheitsmanifestation.

ENGEL (17) faßt den Begriff "Objektverlust" weiter als nur den Verlust des Partners einbeziehend. Er zählt zu den Objekten alles, was ein anhaltendes Gefühl der Unversehrtheit vermittelt, also Personen, Ideale und Ziele, Besitztümer, Heim, Land sowie soziale Rollen.

In der vorliegenden Arbeit werden die Objektverluste in
(A) Verlust von Personen oder Sachen,
(B) endgültiges Nichterreichen von Lebenszielen und
(C) Frustration von Versorgungswünschen eingeteilt.

Die folgende Tabelle 9 gibt einen Überblick darüber, welche der genannten Aspekte des Objektverlusts für die Patienten im Zeitraum eines Jahres vor der Gichtmanifestation anamnestisch feststellbar waren. Die im TAT auftauchenden Objektverlust-Situatuonen werden in einer weiteren Tabelle 10 vergleichend dazugestellt.

Tabelle 9: Objektverluste der Patienten vor der Gichtmanifestation (aus der Anamnese)

Pat.	A Verlust von Personen oder Sachen	B Endgültiges Nichterreichen von Lebenszielen	C Frustration von Versorgungswünschen
1	+	-	-
2	+	+	(+)
3	+	-	+
4	+	(+)	-
5	-	-	(+)
6	-	+	-
7	+	+	-
8	+	-	+
9	(+)	-	(+)
10	-	-	+
11	-	(+)	+
12	-	-	+
13	-	+	-
14	+	-	+

Erläuterung: + anamnestisch eruierbar
- nicht festgestellt
(+) vermutet aufgrund von Hinweisen

Mit dem Vergleich zur Objektverlustthematik im TAT soll festgestellt werden, inwieweit diese dort ähnliche Inhalte hat und somit auf ein traumatisierendes Moment hinweist.

Tabelle 10: Objektversustthematik in den TAT-Geschichten

T = Anzahl der Tafeln (absolut und in %)
Nr.= Nummern der Tafeln

Pat.	T	Nr.	Inhalt
1	7 35%	4	Mann trennt sich von Frau (A)
		6	Entsetzen von Mutter und Sohn über Tod des Vaters (A)
		7	Vaters Trost für Sohn über Weglaufen dessen Frau (A)
		8	Vater als Opfer (A)
		13	Trennungswunsch von der Ehefrau (A)
		15	Schuldgefühle dem Verstorbenen gegenüber (A)
		18	Raubüberfall (A)
2	9 45%	3	Selbstmord als Versagen (B)
		4	Mann weist werbende Frau ab (A)
		6	Mutter weist Sohn nach Verfehlung ab (A,C)
		7	Ablösung des Sohnes vom Vater (A,B)
		8	Sohn brachte Vater um (A)
		11	Bedrohende Mutter bewacht ihre Kinder (C)
		15	Trauer um Angehörigen (A)
		19	Urbedrohung (C)
		20	Anonyme Bedrohung (C)
3	11 55%	2	Loslösung von der Familie (A,C)
		3	Depression nach Trennung (A,C)
		4	Drohender Partnerin-Verlust (A)
		6	Tod des Vaters, Distanz zur Mutter (A,C)

Tabelle 10: Objektverlustthematik in den TAT-Geschichten (Fortsetzung)

Pat.	T	Nr.	Inhalt
			Fortsetzung:
3	11 55%	8	Todeswunsch für Vater (A)
		12	Ende einer Beziehung durch Tod (A)
		13	Frau nützt Mann aus (C)
		15	Todessehnsucht des Einsamen (A,B)
		18	Masochistischer Trennungsimpuls (A)
		19	Enttäuschungsangst behindert Suche nach Wärme (C)
		20	Enttäuschung nach Näherungsversuch (C)
4	2 20%	3	Phantasie über bessere Zeiten (B)
		6	Vorwürfe der Mutter wegen Verfehlung(C)
5	8 40%	2	Der Familie entfremdete Tochter will fort (A,C)
		3	Depression und Verzweiflung (C)
		4	Trennung eines Paares (A)
		6	Ablösung von der Mutter; Todesfall(A,C)
		8	Tod und Leid (C)
		10	Abschied zwischen Mann und Frau (A,C)
		12	Verlust der Frau durch Tod (A,C)
		15	Hauptperson als Tod (B,C)
6	4 55%	2	Resignation bzgl. intakter Familie(B,C)
		3	Schicksalsschlag und Resignation (B)
		6	Ablösebestrebung von der Mutter (A,C)
		7	Berufliches Versagen und Entlassung(B)
7	7 45%	2	Ablösung aus distanzierter Familie (C)
		4	Trennung eines Paares (A)
		8	Sohn verübt Anschlag auf Vater (A)
		12	Tod (B)
		13	Sexualmord und Reue (A)
		14	Suicidale Absichten (B)
		15	Trauer um Angehörigen (A)

Tabelle 10: Objektiverlustthematik in den TAT-Geschichten (Fortsetzung)

Pat.	T	Nr	Inhalt
8	C 50%	2	Distanzierung zum Elternhaus (C)
		[illegible]	Mann will Frau verlassen (A)
		6	Distanz zur Mutter (A,C)
		7	Distanz zum Vater (C)
		8	Jagdunfall und Versorgungswunsch (C)
		11	Natur bedroht geplagten Menschen (C)
		13	Mann prügelt Frau nach Alkoholgenuß (A)
		14	Suicidabsicht (B)
		16	Totengräber (A)
		18	Sozialer Abstieg durch Alkohol (A)
		19	Bedrohliche Naturgewalt (C)
9	9 45%	4	Trennung des Mannes von Mädchen (A)
		5	Unleidliche Frau kümmert sich um Mann (C)
		6	Distanz zur Mutter/Ehefrau (C)
		7	Distanz zw. Vater und Sohn (C)
		9	Todesnähe vor Operation (B)
		10	Ehebruch des Mannes (C)
		12	Trennungswunsch des Mannes (A)
		14	Suicidimpuls (B)
		16	Friedhof (A)
10	4 40%	2	Beziehungslose Familienmitglieder (C)
		4	Streit in Beziehung, Mann distanziert (C)
		6	Racheartige Beschimpfung durch Mutter (C)
		8	Tod des Vaters (A)
11	8 40%	3	Tod der Großmutter (A)
		4	Drohender Verlust der Ehefrau (A)
		6	Ablösung von der Mutter (A,C)
		7	Vater versucht Sohn die Partnerin auszureden (A)
		12	Trennungsängste in Partnerschaft (A,C)
		8	Möglicher Tod des Vaters (A)
		[illegible]	Ehebruch (C)
		[illegible]	Tod der Ehefrau (A)

Tabelle 10: Sequenzlistenmatrix für den TAT-Gesamtwert Zuneigung

Bild	Nr.	Sequenz
1	1	Loslösung von Familie (A,C)
	2	Trauer nach Prügeln und Verlust (A,C)
	3	Drohender Besitz-/Partnerverlust (A)
	4	Verlust durch Tier/Einbrecher (A)
	5	Mutter bekommt Todesnachricht des Sohnes (A,B)
	6	Ablösung des Sohnes von Vater (A,C)
	7	Schutz gegen brutalen Angriff (A,C)
	8	Bedrohung durch brutale Männer (A,C)
	9	Liebeskummer der Tochter (A)
	10	Trifft Vater und fressen Wasch (B,C)
	11	Vater kann Tod des Sohnes nicht glauben (A,B)
	12	Mord an Frau (A,C)
	13	Schicksalhafte Trauer über Tod (A)
	14	Auswegslos den Tod preisgegeben (B)
2	1	Drohender Verlust für Frau (A)
	2	Selbst; Rede nach Mord (B,C)
	3	Mann will Freundin verlassen (C)
	4	Liebesbeziehung für Sohn durch Mutter (C)
	5	Ehebruch (C)
	6	Verführung des Schwiegersohn durch Starkerer (C)
	7	Tod des Sohnes (A,C)
	8	Selbstmord (A,C)
	9	[illegible]
	10	Entfremdung (B)
3	1	Vorgespielte Trauung (A,C)
	2	Trauung von Mutter/Frau (A,C)
	3	Lebensgefahr für Vater (A)
	4	Schlaf auf der Flucht (A)
	5	Bedrohung durch männliche Natur (C)

Tabelle 10; Objektverlustthematik in den TAT-Geschichten (Fortsetzung)

Pat.	T	Nr.	Inhalt
14	9 45%		Fortsetzung:
		13	Ehebruchkrise (A,C)
		15	Tod eines Menschen (A)
		18	Resignation wegen verhinderten Ehebruchs (A,C)
		20	Einsamer sucht Anschluß (A,B)

Erläuterung: Zur Vergleichbarkeit der TAT- Ergebnisse mit den Resultaten aus der Anamnese wurden zu den kurzen inhaltlichen Angaben in Klammern die jeweiligen Kategorien des Objektverlusts angegeben:

(A) Verlust von Personen oder Sachen

(B) Endgültiges Nichterreichen von Lebenszielen

(C) Frustration von Versorgungswünchen.

Deutlich erkennbar ist bei der Mehrzahl der Patienten die Tendenz, auch in den TAT-Geschichten diejenigen Kategorien des Objektverlusts zur Sprache zu bringen, die in ihrer Lebensgeschichte eine Rolle spielten.

Dies ergibt der Vergleich der Tabellen 9 und 10. Aus dieser Kongruenz und aus der durchschnittlichen Vorkommenshäufigkeit der Thematik in sämtlichen Erzählungen von 44,6% kann auf die bestimmende Rolle geschlossen werden, die Objektverluste im realen Leben und in der Phantasie der Patienten seit früher Kindheit gespielt haben und auch heute noch spielen.

Ein Objektverlust als mitauslösender Faktor des ersten Gichtanfalls konnte bei zehn von vierzehn Patienten herausgefunden werden (s.a. Punkt 5.2.1)

5.1.6. Aggression und Expansion

Aggressive Tendenzen und Verhaltensweisen tauchten anamnestisch bei sechs Patienten überhaupt nicht, bei den restlichen acht Patienten in latenter, teilweise aggressionsgehemmter Form auf. In den TAT-Erzählungen dagegen fehlen nur bei zwei Patienten aggressive Inhalte völlig, bei dreien erscheinen sie in Form unterschwelliger Impulse und bei der Mehrzahl von neun Patienten zeigen sich deutliche aggressive Regungen.

Es ergibt sich somit ein Unterschied im Ausdruck der Aggression, die in der Anamnese entweder gar nicht oder verdeckt, im TAT hingegen bei den meisten Patienten offen zutage treten. Der TAT ist somit in der Lage, die Widerstände gegen offene Aggression überwinden zu helfen.

Am häufigsten wurden Aggressionen gegen den Vater thematisiert, oft in verdeckter Form, die sich im Spektrum von Teilnahmslosigkeit trotz schwerer Verletzung des Vaters, Wut über das distanzierte Verhältnis zu ihm bis zu sadistischen Todeswünschen bewegte. Bedeutsam sind auch die Aggressionen gegen die Ehefrau bzw. Geschlechtspartnerin, die von Prügeln bis zu Mord aus Enttäuschung über mangelnde Zuwendung reichen. In enger Verbindung zur depressiven Verstimmung der Patienten schließlich stehen die gegen die Patienten selbst gerichteten Aggressionen, die sich z.B. in Suicidgedanken zeigen (s.a. Punkt 5.1.4.)

Während des Interviews und der Testsituation waren mannigfache Formen des Widerstandes, am häufigsten Verleugnung und Nicht-wahr-haben-wollen, spürbar. Besonders bei der TAT-Vorgabe fiel die starke Harmonisierungstendenz fast aller Patienten auf (ausgenommen Patienten 3,6,8,13). Häufig waren auch noch

Rationalisierungen und Reaktionsbildungen, seltener Ausagieren, Vergessen, Isolierungen und Projektionen.

Zur Untermauerung dieser Eindrücke bieten sich besonders die charakteristischen Beantwortungsversuche zu den Tafeln 3 und 8 an, da bei ihnen objektiv vorhandene Bildbestandteile (Pistole in Tafel 3, Gewehr in Tafel 8) bei bestimmten Abwehrhaltungen der Probanden "übersehen" oder umgedeutet werden. REVERS (80)spricht dem "Übersehen" solcher Bildbestandteile große Bedeutung für die Interpretation zu. Die genannten Tafeln sind im Anhang abgebildet.

Die Pistole auf Tafel 3 übersahen acht der vierzehn Patienten(1,4,6,7,8,10,11,12) definitiv. Zwei der Untersuchten (5,14) sahen, ganz im Sinne ihrer auch sonst gezeigten Verharmlosungstendenzen, eine "Schneiderschere". Ein Patient (9) meinte, eine Pistole "paßt nicht" zu seiner Geschichte, ein weiterer (2) nahm die Pistole dem Inhalt seiner Erzählung nach vermutlich, zwei nahmen sie offensichtlich wahr und erwähnten sie (3,13).

Massive Abwehrvorgange verhindern beim Großteil der Patienten eine Bewußtmachung von Wahrnehmungsvorgängeb. Diese Befunde stehen im Einklang mit der anamnestisch festgestellten latenten Aggression der Untersuchten.

Das Gewehr im Bildvordergrund der Tafel 8 hingegen wird von acht Untersuchten (1,2,3,8,10,12,14) in ihre Erzählung eingebaut, einer (5) konnte das "Ding" nicht deuten. Die übrigen erwähnten das Gewehr nicht und ließen auch in ihren Geschichten nicht erkennen, daß sie es wahrgenommen hätten. Zu diesem Ergebnis, das den zu Tafel 3 gezogenen Schluß nicht in der gleichen Deutlichkeit zu stützen scheint, ist zu sagen, daß das Gewehr sich in satter schwarzer Farbe im Bildvordergrund befindet und nur schwer zu übersehen ist.

Immerhin ist bei sechs von vierzehn Patienten die gleiche Abwehr in der Wahrnehmung wie bei Tafel 3 festzustellen. Zudem regte die Tafel 8 häufig zu Erzählungen mit Aggressionen gegen den Vater an, die einen wichtigen Stellenwert in der Persönlichkeitsstruktur der Patienten ausmachen (s.a. Punkt 6)

Während die Patienten in Kindheit, Jugend und jüngeren Erwachsenenalter durchweg Expansionsbestrebungen zeigten und lebten, wenn auch teilwese gegen den Widerstand der Eltern, trat bei den meisten von ihnen im mittleren Lebensalter eine Beschränkung der Expansionsimpulse ein, meist durch Heirat und die, die Anklammerungstendenzen wechselseitig fördernde Ehefrau. Nur wenigen Patienten (6,9) gelingt es immer wieder, aus der auch als angenehm und schützend empfundenen heimischen Enge auszubrechen. Zwei weitere (3,8) bevorzugen ihre Ungebundenheit und leben mit wechselnden Partnerinnen.

Die übrigen Patienten, die ausnahmslos dem oknophilen Typ (s. Punkt 6) entsprechen, leben teilwese in sehr beständigen Ehen, teilweise resigniert in engen und anklammernden Verhältnissen zu ihren Frauen, unter denen sie gleichzeitig leiden (Pat. 1,2,5,7,11, 12,13,14). Im TAT zeigt sich bei den oknophilen Patienten die Ausbruchs- und Selbstverwirklichungsproblematik, die im sexuellen Bereich bezeichnenderweise von starker Abwehr gegen Triebimpulse charakterisiert ist. Zärtliche Gefühle werden in den TAT-Erzählungen nur angedeutet.

Die Antworten auf Tafel 4 illustrieren diese Widerstände am deutlichsten. Auf ihr ist im Hintergrund eine spärlich bekleidete Frau zu sehen (s. Anhang). Zwei Patienten (1,2) zeigten starke Abwehr gegen die Wahrnehmungsverarbeitung dieser Frauengestalt (z.B.

Bezeichnung als "Dame"), einer vermied deutlich die sexuelle Komponente (Pat. 5: "...oder ist das in einem...? Nein!..."), indem er die weitere Ausformulierung, denkbar wäre etwa Bordell, unterdrückte. Bei drei Patienten (3,4,13) erzeugte die vermutlich unbewußte Wahrnehmung unterschwellig eine erotische Atmosphäre in den Erzählungen (z.B. Verlagerung des Geschehens in einen "Amüsierbetrieb" oder Ehebruchthematik). Bei den restlichen acht Untersuchten fand sich kein erkennbarer Bezug auf die spärlich Bekleidete.

Aus diesem Testverhalten kann auf eine Vermeidungstendenz gegenüber sexuellen und erotischen Phantasien geschlossen werden.

5.1.7. Leistungsverhalten der Gichtpatienten

positive Beziehungen zwischen Leistungs- und Erfolgsverhalten sowie vermehrter Aktivität und erhöhtem Serumharnsäurespiegel wurden von BROOKS & MUELLER (10) DUNN et al. (16), KASL et al. (33), KASL et al. (35) und KUZELL & GAUDIN (46) gefunden. Keine signifikanten Korrelationen zwischen Leistungsverhalten und erhöhter Harnsäure konnten jedoch FOWLER (19), KATZ et al. (37), MONTOYE & MIKKELSEN (61) und MUELLER & FRENCH (63) bekommen.

Die Befunde in der Literatur sind also uneinheitlich. Da zudem die landläufige Meinung über den Gichtpatienten eher in die Richtung geht, dieser sei mehr ein aktiver Leistungsmensch als ein von Minderwertigkeitsgefühlen geplagter Zauderer, bietet sich eine Durchsicht der hier erhobenen Anamnese- und Testbefunde bezüglich des Leistungsverhaltens der Gichtpatienten an.

5.1.7.1. Befunde zum Leistungsverhalten aus der Anamnese

Wie die Tabelle 11 zeigt, sind sechs Patienten (5,6, 8,9,11,12) sozial aufgestiegen, vier veränderten sich während ihres Lebens vertikal nicht (1,4,10.13) und vier machten einen sozialen Abstieg durch (2,3,7,14).

Als Kriterien für Statusveränderung gelten die in Punkt 4.1.1. geschilderten. Sämtliche Aufsteiger verbesserten sich sowohl hinsichtlich des sozialen Status der vorangehenden Familiengeneration, als auch innerhalb ihrer eigenen Karriere. Alle Absteiger verschlechterten sich in ihrer Generationenmobilität, zwei Patienten (2,7) auch innerhalb ihrer Karriere.

Dies zeigt ein Überwiegen der Aufsteiger (42,8%) gegenüber den Absteigern (38,5%). Diese Ergebnisse stimmen in ihrer Tendenz mit denen von KLUSSMANN (41) überein, der 51,2% Aufsteiger, 19,5% Absteiger und 29,2% mit gleichbleibendem sozialem Status fand. LAUBE (49) fand hinsichtlich der Generationenmobilität 36,2% Aufsteiger, 41,4% Statusstabile und 22,4% Absteiger bei ihren Gichtpatienten. Bezüglich der Karrieremobilität fand sie 50,8% Aufsteiger und 8,5% Absteiger.

Die Aufsteiger zeigten durchweg eine leistungsorientierte Einstellung. Aber auch bei den Patienten , die sich in ihrem sozialen Status nicht veränderten, fand sich diese Einstellung, die zusätzlich von einem Hang zur grandiosen Selbsteinschätzung geprägt war. Dies war bei den Aufgestiegenen nur bei zwei (6,9) von sechs Patienten zu beobachten. Auch die sozial Abgestiegenen zeichneten sich durch starke Verinnerlichung von Leistungsnormen aus, die grandiose Selbstüberschätzung ihrer Leistungen war bei diesen Patienten jedoch am deutlichsten zu bemerken.
Der Begriff "Leistung" bezieht sich hier auf berufliche Aktivitäten.

Tabelle 11: Vertikale soziale Mobilität

Patient	Aufsteiger	Gleichbleibend	Absteiger
1		+	
2			+
3			+
4		+	
5	+		
6	+		
7			+
8	+		
9	+		
10		+	
11	+		
12	+		
13		+	
14			+
n	6	4	4
%	42,8	28,5	28,5

Es bleibt festzustellen, daß sich fast alle Patienten für beruflich leistungsstark einschätzen, dies sich allerdings tendenziell umgekehrt proportional zu ihrem sozialen Aufstieg verhält. Möglicherweise sind hier Kompensationsmechanismen und Abwehrvorgänge im Sinne von "Nicht-wahr-haben-wollen" im Spiel. Für die Mehrzahl der Patienten ist charakteristisch, daß sie durchaus als ehrgeizig und leistungsmotiviert eingeschätzt werden dürfen. Sie zeichnen sich dadurch aus, daß sie nach beruflichem Erfolg streben und so aus ihrer jeweiligen Sitation hinaus und sich verbessern wollen.

5.1.7.2. TAT-Ergebnisse zum Leistungsverhalten

Bemerkenswerterweise zeigten alle Patienten während der Testsituation starke Insuffizienzgefühle, z.B. bezüglich ihrer Phantasiefähigkeiten, kulturellen Bildung oder schlechten Augen. Einige drängten zur Eile, andere wiederum unterbrachen die Sitzung, da sie meinten, das nächste Mal besser in Form zu sein.

Zur Untersuchung des Leistungsverhaltens eignen sich die Tafeln, zu denen leistungsbezogene Themen geäußert wurden. Das sind von allem die Tafeln 1,2,3,4,7, 8,9,14,16,17.

Bei Tafel 1 fällt auf, daß elf von vierzehn Patienten den Leistungsanforderungen der Eltern unwillig und lustlos gegenüberstanden. Fünf zeigten sich überfordert, sieben waren unentschlossen und ratlos angesichts der Anforderung und sieben gaben schließlich auf. Nur ein Patient ließ seine Erzählung abweichend von den anderen enden, indem die Hauptperson - trotz ihres Widerwillens - sich schließlich den Forderungen fügte. Der Patient war früher hauptberuflich Musiker.

Eine Übersicht gibt Tabelle 12. Mehrfachnennungen kommen vor. für die Patienten sind im Folgenden die ihnen zugeordneten Nummern eingesetzt.

Tabelle 12 : Einstellungsqualitäten gegenüber der Leistungsforderung in Tafel 1

Einstellung	Patienten
Widerwillen, Lustlosigkeit	1,2,3,4,6,7,9,10,12,13,14
Unentschlossen, ratlos	1,4,6,8,10,11,12
Aufgeben	3,4,9,10,12,13,14
Fügen	6
Überforderung	1,2,5,8,11

Die Erzählungen zu Tafel 1 geben Aufschluß über die elterliche Erziehung zur Leistungsorientierung. Die Ergebnisse lassen den Schluß zu, daß alle Patienten wohl gefordert wurden, gleichzeitig aber auch ablehnend dazu eingestellt waren - und es auch heute in gewisser Weise noch sind. Dies steht im Gegensatz zu den Ergebnissen aus der Anamnese, die eine leistungsorientierte Einstellung und Selbsteinschätzung ergab.

Tafel 2 regte vier Patienten (8,10,11,12) zu dem Thema des sozialen Aufstiegs aus dem angestammten Milieu und zwei (2,6) zu dem der Zukunftshoffnungen, die durch eigene Leistungen in Erfüllung gehen können, an. Acht Patienten (1,3,5,7,8,10,12,14) stellten die Hauptperson als der Familie entfremdet dar.

Tafel 3 ließ einen Patienten (8) sozialen Abstieg assoziieren drei weitere(2,3,13) das Versagen im Leben, davon thematisierten zwei (2,13) Suicid als Folgerung daraus.

Zu Tafel 4 schilderten drei Patienten (3,11,12) Konkurrenzkämpfe um den weiblichen Partner.

Tafel 9, die als eher unergiebig angesehen werden muß, regte neun Patienten (1,2,4,5,7,9,10,11,14) zur Darstellung einer Ruhepause nach Märschen, Sklavenarbeit oder auf der Flucht, an. Auffallerderweise bewerteten vier Patienten (2,4,8,9) die dargestellten Personen als Faulenzer, einer davon im positiven Sinne.

Tafel 14 ließ vier Patienten (2,3,11,14) Streben nach Selbstverwirklichung phantasieren. Drei weitere (8,9, 13) schwankten zwischen Wunschphantasien und dem Suicid als Ausdruck ihrer Mißerfolgsorientiertheit und auch ihrer depressiven Gestimmtheit, die in sprunghaften Wechsel zu ihren grandiosen Vorstellungen

auftritt. Suicid als Symbol des Versagens thematisiert ein weiterer Patient (7).

Die leere, weiße Tafel 16 konnte sieben Patienten (1, 5,7,8,9,11,13) zu keiner Erzählung provozieren. Der Aufforderung, eine möglichst dramatische Geschichte zu phantasieren, kam nur einer (12) nach, die restlichen äußerten lediglich ihre Bedürfnisse bezüglich Ordnung, Klarheit, Sauberkeit und Gesundheit. Festzustellen ist auch hier, wie bei Tafel 1, daß eine überfordernde Situation die Patienten eher zum Aufgeben veranlaßt.

Zu Tafel 17 schilderten alle Untersuchten eine Leistungssituation. Bei fünf Patienten (9,11,12,13,14) war diese von Freude über die zu leistende Aufgabe und von Erfolgshoffnungen getönt, bei zweien (2,8) stand die Aufsteigerproblematik im Vordergrund und einer (3) fühlte sich in seiner Arbeitssituation ausgeschlossen und isoliert. Die Ergebnisse zeigen die bestimmende Rolle des Leistungsthemas im Leben der Gichtiker. Bei einer nicht eindeutig definierten Aufgabe und Situation, wie sie in Tafel 17 dargestellt ist, zeigt etwa die Hälfte der Patienten Erfolgshoffnungen und Leistungsfreude. Dies scheint im Widerspruch zu den Resultaten aus den anderen Tafeln zu stehen.

McCLELLAND et al. (55) entwickelten eine Methode, mit Hilfe von Geschichten zu vier Bildtafeln die Leistungsmotivation zu messen. Zwei der verwendeten Tafeln entstammen dem TAT (VII BM, VIII BM). Das Auswertungssystem erreichte bei Untersuchungen eine "interjudge reliability" von 0.90, einen für projektive Verfahren sehr hohen Wert (s.a. MURSTEIN, 67). Selbstverständlich ist die Methode kritikabel hinsichtlich der von McCLELLAND et al. gewählten Motive, da nicht von

allen mit der Leistungsmotivation befaßten Forschern die gleichen Schwerpunkte gesetzt wurden (vgl. HECKHAUSEN, 26). Trotzdem stellt des Verfahren einen akzeptablen Versuch dar, Messungen bei projektiven Tests durchzuführen.

Aus diesem Grund bot es sich an, zumindest die vorhandenen Ergebnisse zu den Tafeln 7 und 8 des TAT nach dem Verfahren McCLELLANDs auf die Stärke der Leistungsmotivation hin zu überprüfen. Die erreichbaren Punkte pro Tafel als Maß für die Leistungsmotivation können dabei zwischen -1 und +11 schwanken.

Tabelle 13 gibt Aufschluß über die Werte der vierzehn untersuchten Patienten.

Tabelle 13: Stärke der Leistungsmotivation nach McCLELLAND

Patient	Tafel VII BM	Tafel VIII BM	Gesamtwert
1	0	5	5
2	0	5	5
3	5	0	5
4	5	6	11
5	0	5	5
6	5	-	5
7	0	6	6
8	0	0	0
9	0	3	3
10	7	6	13
11	0	5	5
12	4	0	4
13	3	3	6
14	0	5	5

Zu Tafel 7 tauchte insgesamt nur bei sechs Patienten das Leistungsmotiv auf. Die erreichten Punktwerte darf man durchweg als niedrig ansehen, nur ein Pa-

tient erreichte 7 Punkte, drei erhielten 5 und je einer 3 und 4 Punkte. Durchschnittlich erreichten die Patienten nur 2,07 Punkte als Ausdruck der Stärke des Leistungsmotivs bei Tafel 7.

Tafel 8 regte 10 Patienten zu Leistungsthemen an, drei erreichten 6 Punkte, fünf immerhin noch 5 und zwei nur 3 Punkte. Insgesamt fällt im Vergleich zu Tafel 7 das Leistungsmotiv stärker ins Gewicht, die Werte sind jedoch auch hier im unteren Bereich angesiedelt: Der Durchschnitt beträgt lediglich 3,5 Punkte.

Nach Anwendung der McCLELLANDschen Methode auf die Tafeln 7 und 8 können die Gichtpatienten nicht als besonders leistungsmotiviert gelten, denn nur zwei von ihnen liegen bei Betrachtung des Gesamtwertes im mittleren, alle anderen im unteren Bereich.

5.1.7.3. Zusammenfassende Betrachtung

Bei Betrachtung des Leistungsthemas läßt sich ein Spannungsbogen von der Kindheit zum Erwachsenenalter verfolgen. Die Patienten wurden leistungsorientiert erzogen, und haben wegen der daher resultierenden überhöhten Leistungsmotivation starke Mißerfolgs- und Versagensängste. In der Anamnese geben die Patienten denn auch eine von grandioser Selbstüberschätzung getönte und leistungsbetonte Selbstdarstellung. Im TAT dagegen werden eher die tiefergelegenen Wünsche geschildert. Nicht Leistung um jeden Preis, sondern Bequemlichkeit und Wohlleben werden betont. Daraus resultiert eine ständige Spannung, die noch zusätzlich dadurch genährt wird, daß in einigen Fällen die erhofften Ziele nicht erreicht wurden und oft mit Hilfe grandioser Ideen kompensiert werden müssen.

Die narzißtische Position wird deutlich: Die Patienten wurden für ihre Leistungen und ihr Wohlverhal-

ten geliebt, woraus ihre, besonders im TAT deutlich erkennbare, Angst vor Liebesentzug durch die Mutter bei Versagen oder Leistungsverweigerung resultiert. Dies erklärt die Widersprüche zwischen der in der Anamnese gezeigten leistungsorientierten Einstellung mit ihrer Selbstüberschätzungstendenz und der geringen Leistungsmotivation im TAT, bei der ebenfalls grandiose Momente mithereinspielen.

5.2. Anamnese-Ergebnisse

5.2.1. Der erste Gichtanfall

Die vierzehn untersuchten Patienten erlitten in unterschiedlicher Häufigkeit ihre Gichtanfälle. Die Variationsbreite liegt zwischen 1 und 40. Im Durchschnitt erlitt jeder Patient 9,5 Anfälle, wobei zehn bis zu 5, und nur drei etwa 30 Anfälle und mehr bekamen. Bei der vorliegenden Stichprobe variiert das Alter bei der Erstmanifestation zwischen 19 und 75 Jahren, das Durchschnittsalter beträgt dabei 41,8 Jahre. Die Hälfte der Untersuchten erkrankte bis zum 35. Lebensjahr. MERTZ (57) gibt das durchschnittliche Erkrankungsalter mit 40 Jahren an. BABUCKE & MERTZ (5) fanden, daß ein Drittel der Gichtiker vor ihrem 31. Lebensjahr erkrankten und es somit zu einer Vorverlagerung der Erstmanifestation gekommen ist.

Das Großzehengrundgelenk war bei den Untersuchten 11 mal betroffen (78,5%), es folgen das Sprunggelenk (2 mal, 14,4%) und einmal das Gelenk eines kleinen Zehs (7,2%). Zum Vergleich seien die Angaben ZÖLLNERs (106) herangezogen, der für das Großzehengrundgelenk Häufigkeiten zwischen 75 und 80% und für das Sprung- und Fußwurzelgelenk zwischen 10 und 20% angibt. Der Befall eines Kleinzehengelenks ist selten.

Bei dreizehn der Untersuchten fand sich ein täglicher Alkoholkonsum, davon bei zehn mehr als 80g/die, drei geben eine Menge zwischen 40 und 80g/die an, wobei sie anmerkten, früher mehr getrunken zu haben. KLUSSMANN /41) gibt für seine Stichprobe an, daß 87,8% regelmäßig Alkohol konsumierten. FEUERLEIN & KÜFNER (18) bekamen in einer repräsentativen Erhebung einen Vergleichswert von 65%.

Eine Übersicht über die Daten zum ersten Gichtanfall gibt Tabelle 14. Weitere Begleitbefunde und Beschwerden der Patienten werden in Punkt 5.2.3. abgehandelt.

Tabelle 14: Der erste Gichtanfall

Pat.	Alter	Alter beim Anfall	Befallenes Gelenk	Alkoholkonsum
1	43	37	li. GzGG.	über 80g/die
2	62	45	re. GzGG.	z.Z. 40-80g/die, früher mehr
3	32	19	re. GzGG.	über 80g/die
4	76	62	li. GzGG.	über 80g/die
5	41	35	re. GzGG.	über 80g/die
6	46	45	Sprunggel.	über 80g/die
7	77	50	re. GzGG.	über 80g/die
8	39	26	li. GzGG.	über 80g/die
9	40	34	re. SprungG.	über 80g/die
10	77	75	re. GzGG.	z.Z. 40-80g/die, früher mehr
11	32	29	re. GzGG.	über 80g/die
12	41	28	re. GzGG.	über 80g/die
13	65	65	li. GzGG.	z.Z. 40-80g/die, früher mehr
14	61	43	re. kl. Zeh	über 80g/die

Erklärung zur Tabelle: GzGG. = Großzehengrundgelenk

5.2.1.1. Die situative Komponente des ersten Gichtanfalls

Während der Anamneseerhebung stellte es sich bei einigen Patienten als recht schwierig heraus, markante Ereignisse oder Erlebnisse aufzufinden, die einen direkten Bezug zur Gichtmanifestation aufzuweisen schienen. Hier spielt natürlich die dem Gichtiker zugeschriebene Neigung zum Verharmlosen und Nicht-wahrhaben wollen eine große Rolle, sowie der Grad der Selbstreflexion und der Offenheit während der Anamnese. Es darf daher vermutet werden, daß bei einem intensiveren Untersuchungsaufwand, etwa dem vergleichbar, den eine analytische Langzeittherapie erfordern würde, noch deutlichere Beziehungen zwischen äußeren und inneren Lebensumständen und der Gichtmanifestation als die bereits gefundenen, hergestellt werden können.

Denn es ist, wie aus Tabelle 15 hervorgeht, bei sieben Patienten (1,3,8,10,11,13,14) ein zeitliches Zusammenfallen des Anfalls mit Geburts- und Festtagen, einer Beerdigung oder Scheidung festzustellen.

Bezieht man zusätzlich den Zeitraum eines Jahres vor Ausbruch der Gicht in die Betrachtung mit ein, so ergeben sich sowohl bei sechs der obengenannten und bei allen übrigen Patienten eindeutige Hinweise auf belastende Lebensumstände.

Diesem Vorgehen liegt die Vorstellung zugrunde, daß sowohl ein einzelnes erschütterndes Ereignis die Harnsäure-Clearance aus dem Gleichgewicht bringen kann, wie auch länger dauernde Belastungssituationen und Streßzustände (vgl. JORASCHKY & KÖHLE, 31). Bei den Patienten 1,3,8,11,13 und 14 dürften beide Momente zusammengewirkt haben, und das belastende Ereignis sozusagen als "letzter Tropfen das Faß zum Überlaufen" gebracht haben.

Die Tabelle 15 zeigt, wie die Patienten auf das Erleben belastender Situationen reagieren. Häufige Kompensationsmöglichkeiten sind vermehrte Nahrungs- und Alkoholzufuhr. Trauer kann nur schwer erlebt werden.

Tabelle 15: Situative Komponente des 1. Gichtanfalls

Pat.	
1	Der Pat. erlitt seinen ersten Anfall nach den Weihnachtsfeiertagen 1975, nach einer Festmahlzeit. Ein Jahr vorher starb die sehr ambivalent besetzte Großmutter, deren Tod ihm sehr nahe ging. Seine Trauer kompensierte er mit erhöhter Alkoholzufuhr.
2	Der Pat. erlitt den ersten Anfall im Sommer 1964 nach seiner Resignation aufgrund der Unmöglichkeit, aus seinen Verhältnissen ausbrechen zu können. 1963 starb sein Chef, mit dem er sich sehr gut verstand. Demütigung durch den neuen, jüngeren Chef. Keine Aufstiegschance. 1963 fing seine Frau wieder zu arbeiten an. Sein jüngster Sohn verließ im gleichen Jahr die Schule.
3	Der Pat. erlitt seinen ersten Anfall einen Tag vor seinem 19. Geburtstag. Kurz vorher zog er aus dem Elternhaus aus und nach München. Ebenfalls vorher verstarben die von ihm sehr verehrte Großmutter und seine wichtigste Bezugsperson und Vaterersatz, was ihn schwer mitnahm. Sein damaliger Beruf in der Verwahrlosungsfürsorge belastete ihn sehr. U.a. deshalb trank er viel Alkohol.

Tabelle 15: Situative Komponente des 1. Gichtanfalls (Fortsetzung)

Pat.	
4	Der Pat. wurde vor seinem Anfall vorzeitig pensioniert und machte durch seinen Berufswechsel vom Konditor zum Packer einen sozialen Abstieg durch.
5	Der Pat. erlitt seinen ersten Anfall im Herbst 1975. Er gibt an, "...ganz normal gelebt..." zu haben, aß aber zu dieser Zeit das Dreifache seiner derzeitigen Essensmenge, um seine Depression zu kompensieren.
6	Der Pat. erlitt seinen ersten Anfall im Frühjahr 1970. Die geliebte Karriere als Musiker verlief damals "...so im Sand...". Er erlebte einen finanziellen Engpaß und wurde deshalb Reiseleiter. Er trank Unmengen Alkohol.
7	Der Pat. erlebte vor seinem ersten Anfall sozialen Abstieg und beruflichen Streß, was er mit viel Selbstlob, Kaffee und Alkohol zu kompensieren suchte. Im Jahr vor seiner Erkrankung starb seine Mutter.
8	Der Pat. erlitt seinen ersten Anfall nach der Scheidung von seiner Ehefrau, was eine große menschliche Enttäuschung für ihn bedeutete. Deshalb lebte er unregelmäßig und trank übermäßig Alkohol
9	Der Pat. antwortete ausweichend auf die Frage nach der Lebenssituation zu Zeit seines 1. Anfalls, da er narzißtische Kränkungen vermeiden will. Er bekommt seine Anfälle, bisher ca.30, häufig im Frühjahr und im Herbst, "...wenn die Blätter fallen...".

Tabelle 15: Situative Komponente des 1. Gichtanfalls
(Fortsetzung)

Pat.	
10	Der Pat. erlitt seinen Anfall 8 Tage nach seinem 75. Geburtstag, den er ganz groß mit viel Alkohol und Essen feierte, obwohl er sich normalerweise nie etwas gönnt. Der Konflikt zwischen Versuchung und Versagung belastete ihn.
11	Der Pat. erlitt seinen ersten Anfall auf einer Dissertationsfeier (!), bei der viel gegessen und getrunken wurde. Wenige Tage vorher besuchte er zwei andere Feiern. Seine sonstige Situation damals beschreibt er mit "...nix besonderes...", allerdings aß er zu dieser Zeit erhebliche Mengen, um seine Depression zu kompensieren. Seine Ehe war unbefriedigend und er fühlte sich einsam.
12	Der erste Anfall kam aus "...heiterem Himmel..." "...über Nacht...". Sein Sohn wurde im gleichen Jahr geboren, Dadurch mußte er noch mehr als bisher auf die Zuwendung seiner Frau verzichten.
13	Der Pat. erlitt seinen ersten Anfall wenige Tage nach seinem 65. Geburtstag und ca. 3-4 Wochen nach einem 4-wöchigen Klinikaufenthalt wegen eines Herzinfarktes.
14	Der Pat. erlitt seinen ersten Anfall am ersten Urlaubstag, der zugleich der Beerdigungstag seines Onkels und der seiner "ersten Partnerin" im Büro war. Hier irrt sich der Pat. allerdings. Einen Monat vor dem Anfall verstarb sein Großvater. Es liegen teilwese Deckerinnerungen vor, vermutlich handelt es sich um phantasierte Objektverluste.

5.2.1.2. Life-events

Die Untersuchung der Anamnesen auf krankheitsrelevante Life-events erbrachte für die Mehrzahl der Patienten den Nachweis, daß im Zeitraum eines Jahres vor der Gichtmanifestation eine erhöhte Anzahl von anpassungsfordernden Lebensereignissen zu beobachten war.

Das auf die Interviews angewandte Auswertungsschema nach HOLMES & RAHE (30), das die Beziehung zwischen Life-changing-units (LCU) und Krankheitsrisiko darstellt, zeigt Tabelle 16.

Tabelle 16: Auswertungsschema des Life-event-Fragebogens

LCU pro Jahr	Morbidität
300 und mehr	hohes Risiko
200 bis 299	mittleres Risiko
150 bis 199	geringes Risiko

Die Life-event-Punkte für die einzelnen Patienten im Zeitraum eines Jahres vor ihrer Erkrankung an der Gicht zeigt die folgende Tabelle 17. Für die biographischen Ereignisse sind die Nummern angegeben, die ihnen im Fragebogen (s. Anhang) zugeordnet sind. Die an die Ereignisse erforderliche Adaptationsleistung ist als Gesamtpunktwert angegeben.

Tabelle 17: Life-event-Punkte für den Zeitraum eines Jahres vor dem ersten Sichtanfall

Patient	Biographische Ereignisse	Adaptionsleistung
1	5, 19, 40, 42	123
2	17, 22, 26, 29, 30, 31, 33	179
3	5, 6, 16, 17, 18, 22, 24, 27, 28, 31, 32, 33, 36, 39	429
4	10, 16, 22, 31, 38	184
5	6, 40	66
6	15, 16, 18, 19, 22, 28, 29, 31, 34, 36, 38, 40	312
7	5, 11, 15, 26, 29, 39	213
8	2, 15, 19, 26, 28, 29, 36, 38, 40	269
9	---	-
10	25, 36, 39, 40	74
11	36, 38, 40	47
12	14, 16, 18, 19, 22, 25, 31, 36, 40	256
13	6, 13,28, 29,34, 36, 38, 39, 40	222
14	5, 5, 6, 6, 39, 41	260

Bei aller berechtigten Kritik an dem Verfahren (s.a. Punkt 3.4.), den verschiedenen biographischen Ereignissen bestimmte Punktwerte hinsichtlich der benötigten Adaptionsleistung zuzuordnen, deren Stellenwert für jeden einzelnen Patienten selbstverständlich anders zu sehen ist, zeigt die Tabelle 17 dennoch deutlich, daß die überwiegende Mehrzahl der Patienten Träger des Risikofaktors "life-event" ist.
In die Tabelle 17 wurden alle aus der Anamnese eruierbaren Lebensereignisse, die im Zeitraum eines Jahres vor dem ersten Sichtanfall stattfanden und für den Patienten bedeutsam erschienen, aufgenommen und die ihnen jeweils zugeordneten Adaptionswerte zusammengezählt und als Gesamtwert für Adaptionsleistung ange-

geben. Kein Risiko tragen danach fünf, ein geringes Risiko zwei, mittleres fünf und ein hohes zwei Patienten. Risikoträger sind also mindestens neun der vierzehn Untersuchten (64,5%). Der Mittelwert, der "Gesundheit" mißt, wird mit 80 LCU angegeben. Ihn erreichen vier Patienten.

Bei den Patienten, die nach den Punktwerten vorgeblich keine Risikoträger sind, ist festzustellen, daß Verleugnungstendenzen im Spiel sind, wie es beispielsweise besonders deutlich bei Patient 9 nachzuvollziehen ist, der 0 Punkte aufweist, die Anamnese jedoch ungefragt mit dem Satz begann: "Also, das mit dem Alkohol ist bei mir nichts...". Ein weiterer Kritikpunkt des Verfahrens ist somit seine Anfälligkeit für Verleugnungstendenzen und Antworten im Sinne der sozialen Erwünschtheit.

Dennoch darf in Anbetracht der erhaltenen Ergebnisse gesagt werden, daß belastende biographische Ereignisse, die eine besondere Anpassungsleistung verlangen, neben allen anderen Faktoren der Krankheitsentstehung durchaus eine mitverursachende Rolle spielen können.

Dies steht auch in Übereinstimmung mit den Ergebnissen RAHEs et al. (47), RAHEs et al. (78), KASLs et al. (34), und LANESEs et al. (47), die alle den Einfluß von Streßmomenten auf den Anstieg der Serumharnsäurewerte zeigen konnten.

5.2.2. Die früheste Kindheitserinnerung

Die früheste Kindheitserinnerung, die in der Anamnese erfragt wurde, soll als ein zusätzlicher Baustein die Diagnose abrunden helfen. Sie vermag die Problematik der Lebenslage eines Patienten nocheinmal gesondert herauszustellen.

Zwar handelt es sich häufig um "Deckerinnerungen" (FREUD; 20,21), aber sie "vertreten neurosenpsychologisch höchst valente Ereignisse im Leben des Patienten" (SCHULTZ-HENCKE, 87). Die frühesten Erinnerungen sind normalerweise immer vorrätig, FREUD spricht von "vor-bewußt". Es handelt sich um diejenigen Erinnerungen, die nicht durch Hemmung und Verdrängung schwer erinnerbar geworden sind (vgl.a. SCULTZ-HENCKE 87). FREUD (21) hebt die Bedeutung der Kindheitserinnerungen für das Verständnis psychoneurotischer Symtombildung, die mit Hilfe von Konfliktverdrängung und Kompromißbildung ablaufen, heraus.

Die Ergebnisse der Befragung der Patienten nach ihrer frühesten Erinnerung sind in den Tabellen 18 und 19 dargestellt. Bei dreizehn Patienten konnten die Erinnerungen erfragt werden.

Aus der Übersichtstabelle 18 geht hervor, daß mit Abstand am häufigsten (38,5%) die Mutter als Bezugsperson genannt wurde, danach folgen der Vater (15,4%) und Großmutter (15,4%) ferner noch Großvater und Bruder (je 7,7%). Ähnliche Verhältnisse fanden auch KLUSSMANN (39), der 20 Gichtpatienten, und STIEMERLING (95), der 500 Neurotikeranamnesen untersuchte.

Hinsichtlich der affektiven Gestimmtheit in den Erinnerungen fühlten sich 76,9% der Gichtpatienten passiv ausgeliefert, die übrigen schilderten aktiv-positive Affekte. KLUSSMANN fand in 70% das Gefühl des passiv-ausgeliefertseins, also Leid, Angst oder Verlust, STIEMERLING nur bei einem Drittel seiner Patienten einen, wie er es nennt, passiv-negativen Affekt. Aktiv-positiven Affekt hingegen fanden KLUSSMANN bei keinem, STIEMERLING bei 24,6%.

Unterschiede zu den zitierten Untersuchungen ergaben sich auch im Bereich der Antriebe und Impulse. Der intentionale Erlebnisbereich, als Zuwendung zu

allen Wahrnehmungen aufgefaßt, kam bei allen Patienten vor (KLUSSMANN 60%, STIEMERLING 12%). Ebenso wie bei den Patienten KLUSSMANNs spielen Verlusterlebnisse eine große Rolle. Positive mitmenschliche Bedürfnisse kamen mit 7,7 % ebenso selten vor wie bei dem Gicht-Vergleichskollektiv, wesentlich häufiger (35,4%) jedoch bei dem Neurotiker-Kollektiv. Die Aggressionsthematik erschien in allen drei Kollektiven etwa gleich häufig und stellt einen bedeutenden Teil der Impulswelt dar.

Wichtig ist die Betrachtung des eigentlichen Inhalts der Erinnerungen. Die Bedrohung und Verletzung der eigenen Integrität wurde von 76,9% der Patienten thematisiert (KLUSSMANN 60%, STIEMERLING 55%). Positive mitmenschliche Erlebnisse sind mit 23,1% selten, häufiger (46,2%) tauchen Expansion, Eigenaktivität und Motorik auf. Die Besitzthematik stellt mit 46,2% einen wesentlich höheren Anteil als in den Vergleichskollektiven (10%; 14%).

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die Auswertung der frühesten Kindheitserinnerungen ein zusätzliches und bezeichnendes Schlaglicht auf die untersuchten Patienten wirft. Das Überwiegen der sich passiv-ausgeliefert fühlenden Gestimmtheit untermalt noch einmal die im wesentlichen depressive Stimmungslage der Gichtpatienten. Das häufige Vorkommen der Verlustthematik steht mit der starken Betonung des Obkektverlusts in Übereinstimmung und die bedeutende Bedrohung und Verletzung der Integrität, sowie das Fehlen von positiven mitmenschlichen Erlebnissen unterstreichen die Beziehungsstörung der Untersuchten. Der oft festgestellte Spannungsbogen zwischen Anklammerungs- und Geborgenheitswünschen einerseits und Expansions- und Aggressionsbedürfnissen andererseits manifestiert sich auch im Inhalt der Erinnerungen.

Tabelle 18: Die Früheste Kindheitserinnerung (Übersicht)

		Patienten (n)	Patienten (%)
Bezugspersonen:	Vater	2	15,4
	Mutter	5	38,5
	Großmutter	2	15,4
	Großvater	1	7,7
	Bruder	1	7,7
Affektive Gestimmtheit:			
	passiv-ausgeliefert gefühlt	10	76,9
	passiv-positiver Affekt	0	0
	aktiv-positiver Affekt	4	30,7
	aktiv-negativer Affekt	0	0
Antrieb und Impulswelt;			
	Intentionaler Erlebensbereich	13	100,0
	Positive mitmenschliche Bedürfnisse	1	7.7
	Besitzthematik	4	30,7
	Aggressive Thematik	5	38,4
Inhalt:	Bedrohung und Verletzung der eigenen Integrität	10	76,9
	Positive mitmenschliche Erlebnisse	3	23,1
	Expansiv-sein, Eigenaktivität, Motorik	6	46,2
	Besitzthematik	6	46,2

Anmerkung: Die Gesamtsummen ergeben nicht notwendigerweise 100%, da in einigen Fällen Mehrfachzuordnungen vorgenommen wurden, bzw. keine Zuordnung möglich war. (z.B. bei fehlenden Bezugspersonen)

Tabelle 19 zeigt noch einmal die Ergebnisse für jeden einzelnen Patienten.

Tabelle 19: Die Früheste Kindheitserinnerung

Patient	Bezugsperson	affektive Gestimmtheit	Antrieb und Impulswelt	Inhalt	pos. mitmensch. Erlebnisse	Bemerkung
1	Großmutter	passiv-ausgeliefert	Intentionaler Erlebnisbereich, Besitz, Verlust	Bedrohung der Integrität, Verlust	Ø	
2	Mutter	passiv-ausgeliefert	Intentionaler Erlebnisbereich, bedrohlich-aggressiv	Bedrohung der Integrität Eigenaktivität	Ø	
3	Großvater	passiv-ausgel.	Intentionaler Erlebnisbereich	drohender Objektverlust	+	Deckerinnerung
4	Ø	aktiv-positiv	Intentionaler Erlebnisbereich Besitz, aggressive Thematik	Bedrohung der Integrität Expansiv aggressive Them.	Ø	Sehr frühe Erinnerung
5	Ø	aktiv-positiv	Intentionaler Erlebnisbereich aggressive Them.	Motorik Eigenaktivität	Ø	Abwehr! Sozial erwünschte Antwort
6	Bruder	passiv-ausgel.	Intentionaler Erlebnisbereich Besitz	Bedrohung der Integrität Besitzverlust	Ø	

(Forts.)

Tabelle 19: Die Früheste Kindheitserinnerung (Forts.)

Patient	Bezugsperson	affektive Gestimmtheit	Antrieb und Impulswelt	Inhalt	pos. mitmenschl. Erlebnisse	Bemerkung
7	Vater	aktiv-positiv	Intentionaler Erlebnisbereich	positiv mitmenschliche Impulse, Motorik, Eigenaktivität	+	
8	Großmutter	passiv-ausgel.	Intentionaler Erlebnisbereich Verlust	Besitzverlust Eigenaktivität	Ø	
9	Mutter	passiv-ausgel.	Intentionaler Erlebnisbereich	Bedrohung der Integrität	Ø	1 1/2 J. Deckerinnerung ?
10	Mutter	passiv-ausgel.	Intentionaler Erlebnisbereich Besitzverlust aggressive Them.	Bedrohung der Integrität	Ø	
11	Mutter	passiv-ausgel.	Intentionaler Erlebnisbereich	Bedrohung der Integrität Besitz	Ø	
12	Mutter (?)	passiv-ausgel.	Intentionaler Erlebnisbereich	Bedrohung der Integrität	Ø	Deckerinnerung?
13	Vater	aktiv-pos. pass.-ausg.	Intentionaler Erlebnisbereich	Eigenaktivität Bedrohung der Integrität, Besitz	(+)	
14	keine Angaben					

6. DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Zwanglos lassen sich die in der vorliegenden Studie untersuchten Patienten den beiden von BALINT (6) beschriebenen Typen der Oknophilen und der Philobaten unterordnen.

Neben der "Primärbesetzung", wie die biologische und libidinöse intensive "durchdringende Verschränkung" des Fötus zu seiner Umwelt von Balint genannt wird, postuliert er zwei weitere Formen von Objektbesezung innerhalb der ursprünglichen Zweierbeziehung. Oknophilie wird dabei die Anklammerungstendenz als Antwort auf drohende und angstbesetzte Trennung genannt. Das Objekt wird von diesem Typ überschätzt und die Selbständigkeitsentwicklung behindert. Dem entgegengesetzten Typ des Philobaten sind die Objekte gleichgültig, da ihm das Vertrauen zu ihnen fehlt. Er liebt die Bewegungsfreiheit in den "objektlosen Weiten".

Nach den charakterisierten Merkmalen ihrer Objektbeziehungen lassen sich die Patienten 3,6,8 und 9 dem Philobaten-Typ, die übrigen dem Oknophilen-Typ zuordnen. Dies führt gleichzeitig zu der Vermutung, daß eine narzißtische Persönlichkeitsstörung bei den Gichtpatienten vorhanden ist. Typischerweise waren viele der heute oknophilen Patienten früher expansiv. Sie waren Mitglied in Jugendgruppen, Sportvereinen und reisten viel umher, während sie derzeit sehr anklammernde Partnerbeziehungen aufweisen. Unter diesem Spannungsbogen zwischen Anklammern und Ausbrechen leiden sie.

KOHUT (45), der eine der Balintschen vergleichbare Kategorisierung in "Größen-Selbst" für die grandiose und exhibitionistische Struktur und in das Gegenstück der "idealisierten Elternimago" anbietet, beschreibt dies beim narzißtischen Patienten so (S.36)"... daß

sein archaischer Exhibitionismus und seine Größenphantasien weitgehend in die Struktur seines kohärenten Größenselbst verankert sind und daß gleichermaßen die archaische Allmacht seines grandiosen Selbstobjektes weitgehend in der Struktur der kohärenten idealisierten Elternimago verankert bleibt".

Die pathogenen Erfahrungen des narzißtischen Patienten (s.38) "... fallen in ein Spektrum welches sich von ängstlichen Größenvorstellungen und Erregung auf der einen Seite über leichte Befangenheit und Selbstunsicherheit zu schwerem Schamgefühl, Hypochondrie und Depression auf der anderen Seite erstreckt."

Schließlich vermerkt KOHUT, daß "... wirklich in vielen Fällen die Unterscheidung zwischen ihnen (der Struktur der idealisierten Elternimago und dem Größenselbst, d.Autor) schwierig wird", da beide mit narzißtischer Triebenergie besetzt seien. Er betont jedoch, daß er die "scharfe Unterscheidung nicht nur zum Zweck anschaulicher Darstellung getroffen hat, sondern, daß sie "tatsächlich vielfach empirisch nachweisbar und gerechtfertigt" ist.

6.1. Narzißmus

Der Ausdruck "Narzißmus" geht, wie FREUD in seiner Schrift "Zur Einführung des Narzißmus" (22) einleitend schreibt, auf P. NÄCKE zurück. Dieser prägte das Wort 1899 (nach LAPLANCHE & PONTALIS, 48), um eine Studie von H. ELLIS über Autoerotik zu kommentieren, in der ein Fall von sexueller Perversion mit der Sage von Narziß in Verbindung gebracht wurde.

FREUD selbst verwendete den Begriff Narzißmus erstmals 1910 zur Erklärung der Objektwahl bei Homosexuellen, noch bevor er ihn in seiner obenerwähnten

Schrift in die psychoanalytische Theorie einführte. Dabei hatte er dann besonders die libidinöse Besetzung des Ichs bei narzißtischen Neurosen (Psychosen im heutigen Sinne) im Auge. Das Verhältnis der Libidobesetzung des Ichs zu Objektbesetzungen verglich er mit einem Protoplasmatierchen und den von diesem ausgeschickten Pseudopodien. Von K. ABRAHAM (1) übernahm er die Auffassung, daß der Geisteskranke die gesamte Libido auf sich selbst als einzigem Sexualobjekt zuwendet. Im Verlauf der Jahre änderte FREUD seine Auffassungen über den Narzißmus noch mehrfach, blieb aber seinem Triebkonzept dabei treu, wodurch die direkte Anwendbarkeit für diese Arbeit erschwert wird.

Da der Begriff Narzißmus in der heutigen psychoanalytischen Literatur uneinheitlich gebraucht wird, schlägt PULVER (71) vor, ihn auf die wichtigsten Bedeutungen zu beschränken: Klinisch zur Bezeichnung sexueller Perversionen, genetisch um ein Entwicklungsstadium zu bezeichnen, als Typus der Objektwahl und der Objektbeziehungen, sowie einfach als Synonym für Selbstwertgefühl.

Zur Erklärung der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung wird als Definition des Begriffs Narzißmus diejenige des Wörterbuchs der Amerikanischen Psychoanalytischen Gesellschaft (MOORE & FINE, 62) zugrundegelegt: Narzißmus wird als eine Konzentration des Seelischen auf das Selbst definiert.

Für die weitere Diskussion erscheint die Unterscheidung zwischen gesundem und krankhaften Narzißmus von Bedeutung, um die pathologischen Bestandteile der untersuchten Lichtpatienten anschaulicher darstellen zu können.

6.1.1. Gesunder und pathologischer Narzißmus

Voraussetzung für die Ausbildung eines gesunden Narzißmus ist eine "spiegelnde" Mutter, die sich von ihrem Kind narzißtisch besetzen läßt und, wie MAHLER (53) es ausdrückt, sich "nutzbar machen" läßt. Auf diese Weise kann im Kind das gesunde Selbstwertgefühl entstehen, das sich durch die unangezweifelte Sicherheit auszeichnet, "... daß empfundene Gefühle und Wünsche zum eigenen Selbst gehören" MILLER, 59). Zur Entwicklung des gesunden Narzißmus, also der inneren Freiheit und Lebendigkeit sind nach Miller als Bedingungen notwendig, daß aggressive Regungen nicht die Sicherheit und Selbstachtung der Mutter erschüttern, Autonomie- Bestrebungen nicht als Angriff erlebt werden und Gefühle, wie zum Beispiel Eifersucht, Zorn und Trotz, ausgelebt werden dürfen, ohne, daß das Kind Angst haben muß, nicht mehr geliebt zu werden. Unter diesen Voraussetzungen ist dann eine Trennung von Selbst- und Objektrepräsentanzen möglich. Das angestrebte Zulassen ambivalenter Gefühle ermöglicht dem Kind, sowohl das Selbst als auch Objekte als gut und böse zugleich wahrzunehmen und erleben zu können und die Abspaltung des Bösen vom guten Objekt kann somit unterbleiben. Dies fördert die Fähigkeit zur Objektliebe.

Dem gegenüber steht die narzißtische Persönlichkeit, die sich nach MAHLER (53) entwickeln kann, wenn der "spiegelbildliche Bezugsrahmen" während der frühen Kindheit unterbrochen war, mit Angst und Feindseligkeit erfüllt, und das Selbstvertrauen der Mutter unsicher ist. Somit fehlt dem Kind die zuverlässige Rückmeldung für seine Gefühle durch die mit ihm symbiotische Mutter. Daraus entsteht eine Störung des "primitiven Selbstgefühles". Die narzißtische Persönlichkeit zeichnet sich durch starke Selbstbezogenheit und die "Gier"

(MILLER, 59) nach Anerkennung und Bewunderung aus. Sie wirkt rastlos und leidet unter Langeweile. Ihre Fassade kann charmant oder auch arrogant sein, dahinter verbirgt sich oft eine emotionale Kälte. Es besteht Mangel an Einfühlungsvermögen und an Interesse für andere Menschen. Echte Gefühle der Trauer, aber auch der Sehnsucht und Freude können fehlen. Bezeichnend ist der Wechsel von Minderwertigkeits- und Omnipotenzgefühlen. Die soziale Anpassung ist oft recht gut.

6.1.2. Der Ansatz H. KOHUTs

KOHUT (45, S.46) beschreibt, daß unter optimalen Entwicklungsbedingungen der narzißtischen Konfigurationen (Größenselbst und idealisierte Elternimago) "... Exhibitionismus und Größenwahn des archaischen Größen-Selbst schrittweise gezähmt werden..." können. Letztlich wird die gesamte Struktur in die erwachsene Persönlichkeit integriert und liefert dann die Triebenergie "für ichsyntone Erwartungen und Ziele, für die Freude an unseren Tätigkeiten und für wichtige Aspekte unserer Selbstachtung" (a.a.O.). Die idealisierte Elternimago wird unter günstigen Umständen ebenfalls in die Erwachsenenpersönlichkeit integriert. Sie wird nach Introjektion als idealisiertes Über-Ich ein wichtiger Bestandteil der psychischen Struktur, der für den "Führungsanspruch seiner Ideale" (KOHUT) zuständig ist.

Bei einer Entwicklungsstörung kann das Kind narzißtische Traumen erleiden und das Größen-Selbst bleibt in unveränderter Form erhalten und strebt weiterhin nach der Erfüllung archaischer Ziele, da es nicht mit dem Ich- Gehalt verschmilzt. Ebenso können traumatische Enttäuschungen durch den bewunderten Erwachsenen dazu führen, daß die idealisierte Elternimago in unver-

änderter Form erhalten bleibt und nicht in eine "spannungsregulierende psychische Struktur umgewandelt" (a.a.O) wird. Dadurch wird die idealisierte Elternimago kein zugängliches Introjekt, sondern bleibt ein "archaisches Übergangs-Selbstobjekt, das für die Aufrechterhaltung des narzißtischen Gleichgewichts gebraucht wird" (KOHUT, 45).

Nach KOHUT liegt die zentrale psychische Störung bei unkomplizierten Übertragungsneurosen nicht primär im Selbst oder in den archaischen narzißtischen Selbst-Objekten, sondern in strukturellen Konflikten um inzestuöse, libidinöse und aggressive Regungen. Bei narzißtischen Persönlichkeitsstörungen hingegen liegt der zentrale pathogene Faktor im Selbst und den archaischen narzißtischen Objekten. Diese narzißtischen Formen können einmal ungenügend besetzt und anfällig für zeitweilige Fragmentierung sein, zum anderen sind sie nicht in der gesamten Persönlichkeit integriert, weshalb es für die reife Persönlichkeit an ausreichender Zufuhr narzißtischer Besetzung mangelt.

Als Hauptquelle des Leidens des narzißtischen Patienten beschriebt KOHUT (45), S.38) die Unfähigkeit der Psyche "die Selbstachtung zu regulieren und sie auf einem normalen Niveau zu halten". Dabei reicht das Spektrum dieses psychischen Defekts von ängstlichen Größenvorstellungen und Erregung über leichte Befangenheit und Selbstunsicherheit bis zu schwerem Schamgefühl, Hypochondrie und Depression.

Daneben können Ängste vor Objektverlust, vor Liebesentzug durch das Objekt und vor Kastration bestehen. Im direkten Gegensatz zu den Übertragungsneurosen steht bei narzißtischen Persönlichkeitsstörungen die Angst vor dem Objektverlust bezüglich Häufigkeit und Wichtigkeit an erster und die Kastrationsangst an letzter Stelle. Als wesentlichen Unterschied hebt

KOHUT hervor, daß die Selbst-Objekte des narzißtisch Gestörten nicht den Objekten bei Übertragungsneurosen gleichen. Deshalb resultiert immer ein "narzißtisches Ungleichgewicht oder ein Defekt" (KOHUT,45), wenn diese Objekte mit Strafe oder Liebesentzug drohen, da der Patient von deren narzißtischer Zufuhr abhängig ist. In diesem Fall machen sich Gefühle der Leere, des Abgestumpftseins und der Depression breit, Arbeit verschafft keine Freude und es mangelt an Initiative und Interessen auf dem sozialen Bereich.

Von Interesse ist bei der Diskussion der Ergebnisse der vorliegenden Studie auch die Auffassung KERNBERGs (38), der Idealisierungen und narzißtische Größenvorstellungen als Abwehrmechanismen gegen oral-aggressive Triebregungen sieht. Dies könnte beispielsweise die Befunde zur Abwehr sexueller Themen in den TAT-Erzählungen (s.a. Punkt 5.1.5.) erklären.

6.1.3. Die narzißtische Persönlichkeitsstörung der Gichtpatienten

Aus den Ergebnissen der TAT-Untersuchungen und der Anamnesen läßt sich für die Gichtpatienten feststellen, daß die Grundbedingenungen für die Entwicklung eines "gesunden Narzißmus" (MILLER, 59) teilweise gar nicht oder nur mangelhaft gegeben waren.

In der Kindheit der Patienten konnten Gefühle der Aggression, des Zornes, Trotzes oder auch der Eifersucht nicht von der Mutter neutralisiert werden, da es ihr an Zeit und innerer Sicherheit fehlte. Es war den Patienten erschwert die Eltern zu "verwenden" (WINNICOTT, 101). Autonomie- und Expansionsbestrebungen wurden unterdrückt. Die Patienten mußten Leistung zeigen und sich angepaßt verhalten, konnten also nicht das leben, was auf der jeweiligen Entwick-

Zugestoße angemessen gewesen wäre. Sie konnten nicht ungestört und ungestraft "kreativ" im Sinne von WINNICOTT ('65) sein, sondern wurden angehalten, ihnen entfremdete Leistung zu bringen. Die bei allen Patienten ambivalente Leistungsmotivation wird besonders deutlich in den Tafeln 1,6 und 17 des TAT. Als Kinder wurden sie für ihre Leistungen, Erfolge und Qualitäten verstärkt und geliebt und nicht so sehr um ihrer selbst willen. Die Neigung, ein fremdes Leben zu leben wurde dadurch gefördert. So ist auch die von allen Patienten gezeigt Abneigung gegen die elterliche Leistungsforderung zu verstehen (Tafel 1), die in deutlichem Gegensatz zu der in der Selbstdarstellung gezeigten Leistungsorientiertheit steht. Der TAT ermöglicht es den Patienten, sich ohne Zuhilfenahme von Abwehrmechanismen über tieferliegende Leistungseinstellungen zu äußern. Eine Bestätigung der Befunde zu Tafel 1 geben die Ergebnisse der weiteren zu Leistungsthemen anregenden Tafeln. Insbesondere die niedrigen Punktwerte zu den Tafeln 7 und 8 (nach McCLELLAND et al. 55) verdeutlichen die im Grunde geringe Leistungsmotivation der Borderlinepatienten. Tafel 17 vermag zusätzlich die von grandioser Selbstüberschätzung getragene Tendenz der Neurotiker (MILLER; 59) aufzuzeigen. Folge dieser elterlichen Erziehung und ihrer Kompensationsversuche sowie der immer wieder durchscheinenden Insuffizienzgefühle ist die depressive Verstimmung der Patienten.

Aufgrund der gestörten Symbiose zwischen Mutter und Kind (s.Punkt 6.1.2.) war die Trennung von Selbst- und Objektrepräsentanzen bei den Patienten nicht erfolgreich. Die oben genannten Verhältnisse erschwerten dies.

Ambivalente Gefühle durften nicht gezeigt werden, sondern es mußte eine Abspaltung des "guten" vom

"bösen" Objekt stattfinden. So ist die, besonders im TAT deutlich erkennbare unbewußt ambivalente Einstellung zu Mutter und Vater erklärbar, die vordergründig vor allem die Mutter, aber auch den Vater übersteigert positiv darstellt, bei genauerer Analyse, beispielsweise der Wortwahl und der Formulierungen, die Ambivalenz jedoch deutlich werden läßt. Häufig werden Schuldgefühle gegenüber der Mutter und Angst vor deren Liebesverlust thematisiert. Die gefürchtete und tatsächliche Ablehnung durch die Mutter fördert die Anziehung, die mutterähnliche Frauengestalten bei einem Teil der Patienten ausüben. Die Fähigkeit zu Trauern ist gering ausgebildet, die Patienten haben Illusionen über eine glückliche Kindheit, beziehungsweise wehren massiv ab, so daß die Kindheit " im Dunkeln" (Pat. 6) liegt.

Eine Objektliebe wurde dadurch erschwert, daß die Patienten als Kinder ebenfalls nicht als getrennte Wesen von ihren Eltern geliebt wurden. Die narzißtischen Bedürfnisse konnten nicht integriert werden, sondern mußten abgespalten und verdrängt werden. Dies äußert sich dann in einem "Leben nebenher". Da diese Integration fehlt, ist die Triebregulierung erschwert. Expansionswünsche, z.B. nach fremden Partnerinnen, werden immer wieder deutlich und fördern die grundlegende Beziehungsstörung der Gichtpatienten.

Die skizzierte Konstellation der Patienten kann bei diesen zu Depressionen, beziehungsweise zu grandioser Selbstüberschätzung führen, die als Kehrseite oder Abwehr gegen die Depression aufgefaßt werden kann.

Der grandiose Mensch ist, nach MILLER (59) dadurch gekennzeichnet, daß er Bewunderung von sich und anderen braucht und davon abhängig ist. Bewunderung

und Liebe ist für ihn identisch, woraus der Wiederholungszwang, ständig neue Bewunderung zu erwerben, resultiert. Bricht das Selbstwertgefühl an irgendeiner Stelle, droht Depression, da es nicht aus der Echtheit der eigenen Gefühle genährt wurde.

Die Depression ist mit der Grandiosität in mehrfacher Weise verbunden. Sie kann bei Zusammenbruch der Grandiosität wegen Alter oder Krankheit auftreten. Eine phasenhafte Ablösung der beiden Zustände ist ebenso möglich wie eine ständige manifeste Verstimmung, bei der kein Bezug zur Grandiosität zu erkennen ist. In diesem Fall lassen sich verdrängte Größenphantasien als masochistische Wesenszüge, beispielsweise als besonders strenge Moral, die gegen den Patienten gerichtet ist, entdecken. Gehemmte Aggressionen und Expansionswünsche können ebenfalls Depression auslösen. Manchmal gelingt es, die Depression durch außergewöhnliche Leistungen fernzuhalten.

Die Depression läßt sich als eine Äußerung des Selbstverlustes auffassen, der sich durch Verleugnung der Gefühle äußert. Der Ursprung der Verleugnung liegt in der frühen Angst vor dem Liebesverlust durch die Mutter, der die Patienten durch Anpassung entgegenzuwirken versuchten. So erklärt sich auch die starke Betonung der Objektverlustthematik in den Anamnesen und vor allem in den TAT-Geschichten. Hier zeigt sich ein weiterer Hinweis auf psychogene Anteile bei der Gicht, denn psychosomatische Krankheiten sind gerade dadurch charakterisiert, daß der Bogen eines inneren Zusammenhangs von frühkindlicher Entwicklung zum Erleben des Erwachsenen erkennbar und nachvollziehbar ist. Am Beispiel des Objektverlusts läßt sich ein Spannungsbogen, der von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter reicht, verfolgen. Nach ZEPF (103) geht dem psychosomatischen Symptom der Versuch voraus, eine reaktualisierte primäre Angst zu bewältigen.

Diese Angst ist Trennungsangst, die bei einer Trennung vom spannungsmindernden Objekt auftritt.

Aus den oben ausgeführten Entwicklungsbedingungen, die für die untersuchten Gichtpatienten typisch waren, läßt sich die Schlußfolgerung ziehen, daß bei diesen Patienten eine narzißtische Persönlichkeitsstörung vorliegt.

6.2. Alexithymie

Die Beantwortung der TAT-Bilder fiel im Wesentlichen bei allen Patienten kurz, auf der Beschreibungsebene verharrend, leer und phantasiearm aus. Die reine Wortanzahl entsprach dabei der von v. RAD & LOLAS (72) in ihrer Untersuchung bei psychosomatischen Patienten gefundenen.

Diese Beobachtung läßt den Schluß zu, daß es sich dabei um das "psychosomatische Phänomen" (STEPHANOS, 93) bei den Gichtpatienten handelt. Synonym wird im Folgenden der Begriff Alexithymie (SIFNEOS, 91) verwendet, die die Unfähigkeit bezeichnet, Gefühle so wahrzunehmen, daß sie mit Worten ausgedrückt werden können.

Nach DE M'UZAN (68) zeichnet sich der alexithyme Patient durch die Trias: pensée operatoire, projektive Reduplikation und Hemmung der Phantasietätigkeit aus.

MARTY & DE M'UZAN (54) charakterisieren die pensée operatoire als bewußtes, mechanistisches Denken, das scheinbar in keiner inneren Beziehung mit einer zugänglichen Phantasieaktivität zu stehen scheint und "... die Handlung wie ein Abbild wiedergibt...". Die Autoren wagen allerdings nicht, zu entscheiden, ob diese Denkform ausschließlich für psychosomatisch Kranke eigentümlich ist.

STEPHANOS (93) beschreibt das Denken des Alexithymen als primärprozeßhaft, stets dem Konkreten und Aktuellen verhaftet, von pragmatischem, instrumentellem Charakter und eng verknüpft mit senso-motorischen Aktivitäten. Es mündet nicht in psychisches Geschehen ein. Den Patienten ist ein schattierendes, differenzierendes Urteil erschwert. Bei Selbstdarstellungen sind sie intrapsychisch überfordert. Die Sprache ist verarmt, mechanistisch, formelhaft, unpersönlich und konkretistisch. Dabei sind die Alexythymen bei aller Undifferenziertheit, Unpersönlichkeit und Phantasiearmut sozial gut angepaßt. Sie streben keine Beziehung zum Untersucher an (relation blanche). Der Gesamteindruck, den sie hinterlassen, entspricht der einer "Sparflamme" (STEPHANOS ,93).

In den oben erwähnten Punkten entsprachen die untersuchten Gicht Patienten durchaus den im Alexithymie-Konzept postulierten Merkmalen. Umstritten bleibt allerdings die Frage, ob die Gichtpatienten tatsächlich eine "relation blanche" zum Untersucher aufweisen. Bei der vorliegenden Arbeit kann dies nicht bestätigt werden. Die Beziehungen der Patienten zu ihren Familien entsprechen jedoch weitgehend dem im Alexythymie-Konzept beschriebenen Bild der Langeweile und Leere. Die Familienmitglieder werden vor allem im TAT als voneinander abhängig, nicht einander liebend und als unfähig, Autonomieansprüche bei einem Angehörigen zu tolerieren, geschildert. Ein echtes Familienleben wird so gut wie nie dargestellt. Der Vater der Patienten entspricht weitgehend den von STEPHANOS (73) dargelegten Merkmalen. Er besitzt keine ödipale Autorität, dafür aber eine defekte Beziehung zu seiner Gefühlswelt, so daß das Kind keine Chance hatte, den Vater als dritte Person zu entdecken. Die Darstellung der Mutter als "toxisch" (STEPHANOS, 93) läßt sich hingegen nicht bestätigen.

Allgemein muß festgestellt werden, daß die Gichtpatienten nur teilweise dem Alexithymie-Konzept entsprechen, es also aufgrund der erhaltenen Ergebnisse nicht zu entscheiden ist, ob das psychosomatische Phänomen charakteristisch für die Untersuchten ist. Als sicher kann jedoch ein psychogener Anteil bei der Gichtentstehung angenommen werden.

Zu bedenken ist weiterhin, daß am Alexithymie-Konzept mannigfaltige Kritik geübt wurde. Die von CREMERIUS (14) vorgebrachten Bedenken lassen sich auch bei dieser Arbeit nicht übersehen. so kann das Vorhandensein der projektiven Verdopplung hier nicht bestätigt werden. Die Schichtabhängigkeit, z.B. bezüglich der Farbigkeit der Ausgestaltung der TAT-Geschichten kann nicht ausgeschlossen werden (vgl. a. BERNSTEIN, 7), da die Patienten vorwiegend einen niederen Sozialstatus aufweisen. Die Situation der Datengewinnung schließlich wird möglicherweise von den Patienten als ungewohnt empfunden und führt so zu Abwehrmechanismen, die die Phantasiebildung hemmen. Folgerichtig sind operationales Denken und Übertragungshemmung die Resultate. Allgemein stellt CREMERIUS (14) fest, daß bei der psychosomatischen Struktur die ätiologische Problematik umgangen wird und sie nicht krankheitsspezifisch ist. Sie kommt auch bei psychoneurotischen Störungen ohne Körpersymptomatik vor, fehlt aber in der Regel bei psychosomatischen Patienten aus der Mittelschicht. CREMERIUS betont ganz besonders die Schichtspezifität der sogenannten psychosomatischen Struktur.

6.3. Der erste Gichtanfall

UEXKÜLL & WESIACK (89) charakterisieren die Medizin, die bisher gelehrt wurde, als "... eine Medizin der spezifischen Krankheiten", dergegenüber eine "Medizin

des sehr viel eindrucksvolleren unspezifischen Krankseins vernachlässigt..." wurde.

Aus diesem Problem heraus entwickelte SELYE (90) sein Streßkonzept als eine Theorie des unspezifischen oder allgemeinen Krankseins, dessen Ursachen er in einer unspezifischen Schädlichkeit" sieht. Bei jeder Krankheit stellt sich die Frage, wodurch die Beziehungen zwischen dem Individuum, das unter anderem durch Konstitution, Disposition und seine Objektbeziehungen beeinflußt wird, und den krankmachenden physikalischen psychischen und sozialen Faktoren seiner Umwelt gestört wurde. Spezielle Krankheiten sind nach dieser Vorstellung Varianten des allgemeinen Krankseins.

Besondere Aufmerksamkeit wird in der vorliegenden Arbeit der Beziehung Individuum-Umwelt (z.B. den Objektbeziehungen) gewidmet. Ziel ist es nachzuweisen, daß in jedem untersuchten Fall zum physischen Kranksein eine psychische und soziale "allgemeine Unverträglichkeit" (SELYE) hinzukommt, um den Nachweis liefern zu können, daß die Krankheit psychosomatischen Verursachungen unterworfen ist.

LIPOWSKY (51) bezeichnet die Betrachtung der Lebens- und Krankheitsgeschichte sowie den Zusammenhang mit Umwelteinflüssen und deren individuelle Verarbeitung als "ökologische Perspektive" der Psychosomatik, die über die Einbeziehung physikalischer, chemischer und mikrobiologischer Bereiche hinausgeht. Hierbei hat die Streßforschung besonderen Einfluß erlangt.

6.3.1. Das Streßkonzept

Der Begriff "Streß" wird in der Literatur in unterschiedlichster Bedeutung verwendet. SELYE (89) bezog sich ursprünglich auf den Streß im physikalischen Sinn als einer Kraft, die bei Übersteigung einer be-

stimmten Intensität zu einer zeitweisen oder dauernden Verformung der Struktur, auf die sie ausgeübt wird, führen kann.

Davon ausgehend kann Streß in belastenden Umweltfaktoren, im Scheitern von Anpassungsvorgängen oder in Krankheit als Ergebnis gestörter Homöostase bestehen. Grundbedingung für die Anerkennung eines Reizes als Stressor ist allerdings eine wahrnehmbare physiologische Reaktion, die zum Beispiel in der Veränderunng kognitiver Funktionen, der Psychomotorik, der physiologischen Reaktionen oder in affektiven Störungen bestehen kann.

6.3.2. Life-event-Forschung

Eine spezielle Richtung innerhalb der Streß- und Anpassungsforschung der Psychosomatik stellt die "Life-event-Forschung" dar, die die Bedeutung realer lebensverändernder Situationen für die Krankheitsmanifestation untersucht. Dabei wird der Stressor nicht als ursächlich in einem Reiz-Reaktionsschema betrachtet, sondern als ein mitbeteiligter Faktor in einem multikonditionalen Krankheitsgeschehen. Der gesamte situative Kontext kann somit potentiell pathogen wirken.

Bereits 1957 konnten HINKLE & WOLFF (27) Krankheits-"Cluster" feststellen, die bei Patienten in den Zeiten auftraten, als sie große affektive und soziale Anpassungsleistungen vollbringen mußten. Seither sind eine Unmenge von Ergebnissen bekannt geworden, nach denen ein Zusammenhang zwischen psychosozialen Ereignissen und Krankheitsausbruch besteht. Sogar für Erkrankungen, deren Eintritt für weitgehend unabhängig von psychosozialen Umständen gehalten wurde, so zum Beispiel Leistenhernien (RAHE & HOLMES, 76) und Frak-

turen (TOLLEFSON; 97), wurden diese Beziehungen gefunden. Die bedeutende Rolle des Objektverlustes dabei erhellt unter anderen Arbeiten das Übersichtsreferat von MÜLLER (64), das die Verbindung von nichtpsychotischer Depression aufgrund von Verlusterlebnissen und Trennungen und Karzinogenese darstellt.

Den Einfluß von Streßmomenten auf den Anstieg des Serumharnsäurewertes konnten RAHE et a. (77,78), KASL et al. (34), LANESE et al. (47) und THEORELL et al. (96) bestätigen. RAHE und THEORELL fanden zusätzlich einen Anstieg der Serumwerte von Cholesterin, Triglyzeriden und Katecholaminen. Durch diese Untersuchungen gelang es der Life-event-Forschung, die Zusammenhänge zwischen psychischen Belastungsfaktoren und zugehörigen physiologischen Prozessen nachzuweisen.

Zur Feststellung der anpassungsfordernden Lebenssituationen bei den Probanden wurden verschiedene Verfahren entwickelt, die eine besondere Gestaltung der Anamnese beinhalteten (z.B. BROWN et al., 11). Davon ausgehend wurden spezielle Fragebögen erstellt, die den Zusammenhang zwischen psychosozialen Belastungssituationen und Krankheitsmanifestation erhellen sollten.

Die vorliegende Arbeit stützt sich auf den von HOLMES & RAHE (30) geschaffenen Fragebogen mit 43 Lebensereignissen, die aufgrund klinischer Erfahrungen besondere Bedeutung für individuelle Anpassungsleistungen hatten (vgl. Punkt 3.4.)

Da diese Form der Life-event-Forschung einen epidemiologischen Ansatz hat und individuelle Aussagen in den Hintergrund treten, wurde für die Einzelbeurteilung eine Bewertungsmodifikation entwickelt, die eine differenzierte Einstufung der Anpassungsleistung zuläßt. BROWN et al. (12) und RAHE (75) führten zu diesem Zweck die Methode des biografischen Interviews ein,

bei der subjektive Erfahrungen mit verarbeitet werden.

Durch die prospektiven Untersuchungen von RAHE (73,74) sowie RUBIN et al.(82,83) konnten die Life-event-Fragebögen als durchaus effektives Vorhersageinstrument herausgestellt werden. Daher kann man die Summe der Umweltbelastungen, die im LCU-Wert zusammengefaßt werden, auch als Risikofaktor bezeichnen. Die Höhe dieses Risikofaktors korreliert, wie die Autoren zeigen konnten, mit dem Schweregrad der Krankheit.

6.3.3. Der erste Gichtanfall und anpassungsfordernde Lebensereignisse

Bei der vorliegenden Untersuchung wurde ein biographisches Interview, die halbstandardisierte tiefenpsychologisch orientierte Anamnese, durchgeführt (s. Punkt 3.1.1.). In diesem wurden insbesonders auch die lebensgschichtlich wichtigen Ereignisse im Zeitraum eines Jahres vor Krankheitsmanifestation erfragt. Dabei wurden gerade auch scheinbare Bagatellereignisse miterfaßt, die erst im jeweiligen Situationskontext eine erschwerte Auseinandersetzung mit belastenden Geschehnissen aufzeigten. Zur übersichtlichen Auswertung und besseren interindividuellen Vergleichbarkeit dienten die LCU-punktwerte, wie sie von HOLMES & RAHE (30) für 43 wichtige Lebensereignisse angegeben wurden.

Dieses Verfahren wurde zusätzlich zur Analyse der Auslösemomente des ersten Gichtanfalles eingeführt, um der Vermutung einer Situationsabhängigkeit der Gichtmanifestation eine weitere Untermauerung von einer anderen wissenschaftlichen Richtung zu geben.

Die Ergebnisse (s.Punkt 5.2.1.1.) zeigen bei der Hälfte der Patienten eine direkte zeitliche Beziehung des ersten Anfalls zu bedeutsamen Lebensereignissen, wie Feiern, Scheidung oder Todesfällen, Bei allen Patienten konnten im Zeitraum eines Jahres vor Krankheitsbeginn belastende Lebensumstände festgestellt werden, die Kompensationsversuche durch vermehrte Nahrungsaufnahme und Alkoholkonsum zeitigten beziehungsweise in Resignation und Depression mündeten.

Die Ergebnisse im Sinne der Life-event-Studien (s. Punkt 5.2.1.2.) ergeben bei der Mehrzahl der Patienten einen erhöhten Risikofaktor, und dies trotz der starken Verleugnungstendenzen bei einigen der Untersuchten, bei denen somit höhere Punktwerte erwartet werden können.

Der erste Gichtanfall läßt sich somit als Kulminationspunkt vorangehender psychischer, sozialer und daraus resultierender physiologischer Belastung der Patienten auf der Grundlage einer narzißtischen Persönlichkeit mit alexithymen Merkmalen und vor allem der ererbten Disposition zur Stoffwechselstörung, die letztendlich die Art der speziellen Erkrankung determiniert, begreifen.

7. ZUSAMMENFASSUNG

Die Hinweise in der Literatur auf mitbeteiligte psychosomatische Entstehungsbedingungen der Familiären Gicht mehren sich. Deshalb nahm sich die vorliegende Untersuchung von 14 männlichen Gichtpatienten zum Ziel, den Zusammenhang zwischen frühkindlicher Entwicklung, der später daraus entstandenen Persönlichkeit sowie unbewußt erlebten konflikthaften Lebenssituationen, die schließlich die Krankheit mitauslösen, aufzuzeigen.

Als Methode diente der Thematische Apperzeptionstest (TAT) von MURRAY (65), ein ergänzendes tiefenpsychologisch orientiertes halbstandardisiertes Interview und dessen zusätzliche Auswertung nach den Gesichtspunkten der Life-event-Forschung.

Die Anamnese erbrachte folgende Ergebnisse:

1. In der Kindheit fehlte es der Mehrzahl der Patienten (78,5%) an Geborgenheit.
2. Der Großteil der Patienten hatte zur Mutter ein problematisches Verhältnis, das sich durch ambivalente Gefühle auszeichnete (78,5%)
3. Die meisten Patienten erlebten den Vater entweder gar nicht (28,5%) oder nur wenig (64,3%) und dann distanziert. Eine männliche Identifikation war somit erschwert.
4. Die Stimmungslage von 28,5% der Patienten war überwiegend depressiv, 64,3% zeigten depressive und grandiose Einstellungen gleichermaßen.
5. In Übereinstimmung damit steht die starke Betonung des Objektverlustes, der in 78,5% als mitauslösender Faktor des ersten Gichtanfalls gefunden wurde. Die früheste Kindheitserinnerung unterstreicht dies mit dem häufigen Vorkommen des sich passiv-ausgeliefert Fühlens (76,9%) und der Bedrohung der eigenen Integrität (76,9%).

6. Aggressionen tauchen in den Anamnesen bei 42,9% der Patienten überhaupt nicht, bei den übrigen Patienten in latenter Form auf.
7. Die von den Patienten in Kindheit und Jugend gezeigten und gelebten Expansionsbestrebungen unterlagen im mittleren Lebensalter druchweg ambivalent empfundenen Einschränkungen, meist durch die, das Anklammerungs- und Sicherheitsbedürfnis wechselseitig fördernde Ehe- und Berufssituation. (71,4%)
8. Anamnestisch erwiesen sich die Patienten als sehr leistungsmotiviert. 42,9% waren sozial aufgestiegen.
9. Bei 71,4% der Patienten wurde nach den Kriterien der Life-event-Forschung eine risikobehaftete Anzahl anpassungsfordernder Lebensereignisse innerhalb eines Jahres vor der Krankheitsmanifestation festgestellt.

Die TAT-Auswertung ergab:

1. Die Familienmitglieder wurden zueinander beziehungslos dargestellt (64,3%).
2. Das ambivalente Verhältnis zur Mutter zeichnete sich durch Angst vor ihrem Liebesverlust (57,1%) und Kontrolle (28,5%) aus.
3. Die Väter wurden zwiespältig, oft klischeehaft und distanziert dargestellt (57,1%). Häufig (64,3%) wurden aggressive Regungen ihnen gegenüber geäußert.
4. In Themenwahl und Ausarbeitung der TAT-Geschichten zeigte sich deutlich die depressive Stimmungslage (92,8%). In 35,7% wurde Suicid geschildert und bemerkenswerterweise ließ sich bei 35,7% ein direkter Übersprung von grandioser Selbsteinschätzung in depressive Stimmung und umgekehrt beobachten.

5. Die Objektverlustthematik tauchte in durchschnittlich 44,6% der TAT-Geschichten auf.
6. Aggressionen, vor allem gegen den Vater und die Ehefrau, tauchten im TAT deutlicher als in der Anamnese auf. Auffallend stark waren jedoch die Widerstände gegen die Ausarbeitung der Aggression. (71,4%).
7. Weiterhin konnte aus dem Testverhalten auf Vermeidungstendenzen gegenüber sexuellen und erotischen Phantasien geschlossen werden (78,5%).
8. Im Gegensatz zur Anamnese zeigten sich im TAT 92,8% der Patienten als nur mäßig leistungsmotiviert.

Die Diskussion der Ergebnisse ergab, daß sich die Patienten zwanglos unter die Balintschen Typen der Oknophilen (71,4%) und der Philobaten subsumieren lassen. Bei allen Patienten konnte eine narzißtische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden. Alexithyme Merkmale fanden sich ebenfalls, jedoch nicht in der dem "psychosomatischen Phänomen" entsprechenden Vollständigkeit. Dem ersten Gichtanfall gingen deutlich erkennbare belastende psychosoziale Ereignisse voraus.

8. LITERATURVERZEICHNIS

1) ABRAHAM, K. — Die psychosexuellen Differenzen der Hysterie und der Dementia praecox. Zentralblatt f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie, 31.Jg., 529-53o (19o8)

2) ACHESON, R.M. — New Haven Survey of Joint Deseases: The Prediction of Serum Uric Acid in a General Population. J.chron.Dis., 21, 543-552 (1969)

3) ANUMONYE, A. DOBSEN, J.W. OPPENHEIM, S. SUTHERLAND, J.S. — Plasma uric acid concentrations among edinburgh business executives. J.amer.med.Ass. 2o8, 1141-1144 (1969)

4) ARGELANDER, H. — Das Erstinterview in der Psychotherapie. Wiss. Buchgesellschaft, Darmstadt (197o)

5) BABUCKE, G. MERTZ, D.P. — Grundlagen in Epidemiologie und klinischem Bild der primäreren Gicht zwischen 1948 und 197o. Dtsch.med.Wschr. 98, 133 (1973)

6) BALINT, M. — Angstlust und Regression. Rowohlt, Hamburg (1972)

7) BERNSTEIN, B. — Soziale Struktur, Sozialisation und Sprachverhalten. De Munter, Amsterdam (1970)

8) BRÄUTIGAM, W. CHRISTIAN, P. — Psychosomatische Medizin. Thieme, Stuttgart (1973)

9) BREDE, K. — Ein sozialpsychologischer Zugang zur Spezifität psychosomatischer Störungen. Psyche, 31, 355-36o (1977)

10) BROOKS , G.W. MUELLER, E. — Serum urate concentrations among university professors. J.amer.med.Ass. 195, 415-418 (1966)

11) BROWN, G.W. BIRLEY, J.L.T. — Crises and life changes and the outset of schizophrenia. J.Hlth.Soc.Behav. 9, 2o7-214 (1968)

12) BROWN, G.W. SKLAIR, R. HARRIS, T.O. BIRLEY, J.L.T. — Life events and psychiatric disorders. Part I: Some methodological issues. Psychol.med. 3, 74-87 (1973)

13) CASTELNUOVO-TEDESCO, P. Psychiatric observations on attacks of gout in a patient with ulcerative colitis. Psychosomat. Med. 28, 781-788 (1966

14) CREMERIUS, J. Ist die "Psychosomatische Struktur" der französischen Schule krankheitsspezifisch? Psyche, 4, 293-317 (1977)

15) DODGE, E.H.J. MIKKELSEN, W.M. Association of Serum Uric Acid Scores with Occupation: Male Heads of Households in Tecumseh Michigan 1959-196o. J.occup.Med., 1o, 4o2, (1968)

16) DUNN, J.P. BROOKS, G.W. MAUSNER, J. RODNAN, G.P. COBB, S. Social class gradient of serum uric acid levels in males. J.amer.med.Ass. 185, 431-436 (1963)

17) ENGEL, G.L. Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit Huber, Bonn (1969)

18) FEUERLEIN, W. KÜFNER, H. Alkoholkonsum, Alkoholmißbrauch und subjektives Befinden: Eine Repräsentationserhebung in der Bundesrepublik Deutschland. Arch. Psychiat. Nervenkr. 224, 89-1o6 (1977)

19) FOWLER, M.G. Relationship of serum uric acid to achievement motivation. Psychosom. Med. 35, 13-22 (1973)

20) FREUD, S. Über Deckerinnerungen. GW, vol. 1, 531 -554 (Imago Publishing, London 1952)

21) FREUD, S. Über Kindheits- und Deckerinnerungen. GW, vol. 6, 51-6o (Imago Publishing, London 1952)

22) FREUD, S. Zur Einführung des Narzißmus. GW, vol. 1o, 138-179 (Imago Publishing, London 1952)

23) GALTON, F. Psychometric Experiments. Brain (188o)

24) GAMP, A. SCHILLING, F. MÜLLER, L. SCHACHERL, M. Das klinische Bild der Gicht heute. Beobachtungen an 2oo Kranken. Med. Klin. 6o, 129 (1965)

25) HALL, A.P. BARRY, R.E. DAWBER, T.R. Mc NAMARA, P.M. Epidemiology of gout and hyperuricemia. A long-term population study. Amer. J. Med. 42, 27 (1967)

26) HECKHAUSEN, H. Leistungsmotivation. In: H.THOMAE (Hrsg),Handbuch der Psychologie, Bd. 2 Motivation, Göttingen, 1965

27) HINKLE, L.E. WOLFF, H.G. The nature of men's adaption to his environment and the relation of this to illness. AMA Arch. Intern. Med., 99,442-46o (1957)

28) HÖRMANN, H. Beiträge zur allgemeinen Theorie der projektiven Methoden. Z.f.exp.u.ang.Ps., 162-187 (1954)

29) HÖRMANN, H. Theoretische Grundlagen der projektiven Tests. In: HEISS,R.,GOFFMANN,K.J.,u.MICHEL, L., (Hrsg), Handbuch der Psychologie Bd. 6, Ps. Diagnostik, Göttingen (1964)

30) HOLMES, T.H. RAHE, R.H. The social readjustment rating scale. J.Psychosom.Res., 11,213-218 (1967)

31) JORASCHKY, P. KÖHLE, K. Maladaptation und Krankheitsmanifestation. Das Streßkonzept in der psychosomatischen Medizin. In: UEXKÜLL,Th.von (Hrsg) Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin, Urban & Schwarzenberg, München (1979)

32) KAISER, W. Genetik der Gicht. In: ZÖLLNER,N. u. GRÖBNER, W. Gicht. Handbuch der inneren Medizin vol. 7, 115 -123 Springer, Berlin 1976

33) KASL, S.V. BROOKS, G.W. COBB, S. Serum urate concentrations in male high-school-students. J.amer.med.Ass. 198, 713-716 (1966)

34) KASL, S.V. COBB, S. BROOKS, G.W. Changes in serum uric acid and cholosterol levels in men undergoing job loss. J.amer.med.Ass. 2o6, 15oo-15o7 (1968)

35) KASL, L.C.
BROOKS, G.W.
RODGERS, W.L.
Serum uric acid and cholesterol in achievement behavior and motivation.
J.amer.med.Ass. 213, 1158-1164 1291-1299 (197o)

36) KATZ, J.L.
WEINER, H.
Psychosomatic considerations in hyperuricemia and gout.
Psychosom.Med. 34, 165-182 (1973)

37) KATZ, J.L.
WEINER, H.
GUTMAN, A,
YU, T.F.
Hyperuricemia, Gout and Executive Suite.
J.amer.med.Ass. 224, 1251-1257 (1973)

38) KERNBERG, O.F.
Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus.
Suhrkamp, Frankfurt (1978)

39) KLUSSMANN, R.
Die früheste Kindheitserinnerung bei Gichtkranken.
Materialien Psychoanalyse 5, 173-182 (1979a)

40) KLUSSMANN, R.
Psychosomatischer Beitrag zur Pathogenese des Gichtanfalls.
Prax.Psychother.Psychosom. 24, 99-1o4 (1979b)

41) KLUSSMANN, R.
Psychosomatische Aspekte der Gicht.
Unveröff.Habil.-schrift, Ludwig-Maximilian-Universität,München (198o)

42) KLUSSMANN, R.
Untersuchungen zum Persönlichkeitsbild des Gichtikers.
Zeitschr.Psychosom.Med. 27, 347-359 (1981a)

43) KLUSSMANN, R.
Der Gichtpatient und sein Krankheitsbewußtsein.
Med.Klin. 76, 78-82 (1981d)

44) KOHUT, H.
Introspektion, Empathie und Psychoanalyse.
Psyche, Heidelberg, 25, 831-835 (1971)

45) KOHUT, H. Narzißmus. Suhrkamp, Frankfurt 1973

46) KUZELL, W.CH. GAUDIN, G.P. Gicht. Docum.rheum.vol. 1o Geigy, Basel 1956

47) LANESE, R.R. GRESHAM,G.E. KELLER, M.D. Behavioral and physiological characteristics in hyperuricemia. J.amer.med.Ass. 2o7, 1878-1882 (1969)

48) LAPLANCHE, J. PONTALIS, J.-B. Das Vokabular der Psychoanalyse, Bd. 1, Suhrkamp, Frankfurt 1973

49) LAUBE, A. Sozialstatus und Ernährungsgewohnheiten von Gichtpatienten. Unveröff.Diss., München (1982)

50) LIENERT, G.L. Testaufbau und Testanalyse. Beltz, Weinheim (1969)

51) LIPOWSKY, Z.J. Psychosomatic medicine in a changing Society: Some current trends in theory and research. Psychosom.Med., 14, 2o3-215 (1973)

52) MACCOBY, E.E. MACCOBY, N. Das Interview: Ein Werkzeug der Sozialforschung. In: KÖNIG,R.(Hrsg) Das Interview. Kiepenhauer & Witsch, Köln (1966)

53) MAHLER, M.S. Symbiose und Individuation. Klett, Stuttgart 1972

54) MARTY, P. DE M'UZAN L'investigation psychosomatique. Revue Française de Psychoanalyse, 27, Suppl., 345-356, Übersetzt in: Psyche, 10,974-984, (1978)

55) MCCLELLAND, D.C. ATKINSON, J.W. CLARK, R.A. LOWELL. E.R. The achievement motive. New York (1953)

56) MEILI, R. STEINGRUBER, H.-J. Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Huber, Bern (1978)

57) MERTZ, D.D. Gicht. Thieme, Stuttgart 1973

58) MERTZ, D.D.
BABUCKE, G.
Epidemiologie und klinisches Bild der primären Gicht. Beobachtungen zwischen 1948 und 1968
Münch.med.Wschr. 113, 1116 (1971)

59) MILLER, A.
Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst.
Suhrkamp, Frankfurt 1979

60) MONTOYE, H.J.
FAULKNER, J.A.
DODGE, H.J.
MIKKELSEN, W.M.
WILLIS, P.W.
BLOCK, W.B.
Serum uric acid concentration among business executives.
Ann. Intern. Med. 66, 838-85o (1967)

61) MONTOYE, H.J.
MIKKELSEN, W.M.
Serum uric acid and achievement in high school.
Arthritis and Rheum. 16, 359-362 (1973)

62) MOORE, B.E.
PINE, D.
A glossary of psychoanalytic terms and concepts.
Amer. Psychoanal. Ass., New York 1967

63) MUELLER, E.F.
FRENCH, J.R.P.
Uric acid and achievement.
J.Personal.Soc.Psychol. 3o, 336-34o (1974)

64) MÜLLER, N.
Nicht-psychotische Depression und Karzinogenese,
München, Psychiatr.-Univ.-Klinik, unveröff. Übersichtsarbeit (1983)

65) MURRAY, H.A.
Thematic Apperception Test Manual.
Cambridge, Harvard University Press (1943)

66) MURRAY, H.A.
MORGAN, C.D.
A method for investigating phantasies: The Thematic Apperception Test.
Arch.Neurol.and Psychiatry 34, 289 (1935)

67) MURSTEIN, B.I.
Theory and research in projective Techniques (emphasizing the TAT)
New York, Sydney (1963)

68) DE M'UZAN, M.
Zur Psychologie der psychosomatisch Kranken.
Psyche, 31, 318-332 (1977)

69) OROWAN, E.
The Origin of Man.
Nature, London, 175, 683-684 (1955)

70) POPERT, A.J.
HEWITT J.K.
Gout and Hyperuricemia in Rural and Urban Population.
Am.rheum.dies., 21, 154 (1962)

71) PULVER, S.E.
Narzißmus: Begriff und metapsychologische Konzeption.
Psyche, Heidelberg, 26, 34-55 (1972)

72) v.RAD, M.
LOLAS, F.
Psychosomatische und Psychoneurotische Patienten im Vergleich - Unterschiede des Sprachverhaltens.
Psyche, 10, 956-973 (1978)

73) RAHE, R.H.
Life change measurement as a predictor of illness.
Proc.roy.Soc.Med. 61, 1124-1126 (1968)

74) RAHE, R.H.
Subjects recent life changes and their near-future illness susceptibility. In: REICHSMAN,F.: Advances in Psychosomatic Medicine 8, 2-19, New York, Karger (1972)

75) RAHE, R.H.
The pathway between subjects recent life changes and their near-future illness reports: Representative results and methodologic issues. In: DOHRENWEND u. DOHRENWEND: Stressful Life Events: Their Nature and Effects, New York Wiley & Sons, 73-86 (1974)

76) RAHE, R.H.
HOLMES, T.H.
Social, psychologic and psychophysiologic aspects of inguinal hernia.
J.psychosom.Res. 8, 487-491 (1965)

77) RAHE, R.H.
RANSON, J.A.
Stressful under water demolition training.
J.amer.med.Ass. 2o2, 1o52-1o54 (1967)

78) RAHE, R.H.
RUBIN, R.T.
ARTHUR, R.J.
CLARK, D.R.
Serum uric acid and cholesterol variability.
J. amer.med.Ass. 2o6, 2875-288o (1968)

79) RAHE, R.H.
PUGH, W.M.
ERICKSON, J.
GUNDERSON, E.K.E.
RUBIN, R.T.
Cluster analysis of life changes. 1.Consistency of cluster across large navy samples.
Arch.Gen.Psychiat. 25, 33o-332 (1971)

80) REVERS, W.J.
Der thematische Apperceptionstest (TAT)
Huber, Bern (1979)

81) ROGERS, C.R. Entwicklung der Persönlichkeit
Klett, Stuttgart (1976)

82) RUBIN, R.T.
GUNDERSON, E.
ARTHUR. R.J. Life stress and illness patterns in the US-navy. III.Prior life change and illness in an attack carrier's crew.
Arch.Environ.Hlth., 19, 753-757, (1969)

83) RUBIN, R.T.
GUNDERSON, E.
ARTHUR, R.J. Life stress and illness patterns in the US-navy. V.Prior life change and illness outset in a battleship's crew.
Psychosom.Res.,15, 89-94 (1971)

84) SCHILLING, F. Differentialdiagnose der Gicht, atypische Gicht und Pseudogicht.
Therapiewoche 19, 245, (1968)

85) SCHNABL, S. Der Einfluß von Lebensalter, Geschlecht und Beruf auf die Symptomatik fuktioneller Erkrankungen.
Psychiat.Neurol.med. Psychol. 18, 158, Leipzig 1966

86) SCHÜFFEL, W. Arbeitsansätze in der heutigen Psychosomatik: Angst, Stress und körperliches Geschehen.
Z.Psychoth.Med.Psychol., 25, 1-15 (1975)

87) SCHULTZ-HENKE, H. Lehrbuch der analytischen Psychotherapie.
Thieme, Stuttgart (1951)

88) SCHUR, M. Zur Metapsychologie der Somatisierung. In: OVERBECK,G.u.A., Seelischer Konflikt - körperliches Leiden. 83-142
Rowohlt, Hamburg (1978)

89) SELYE, H. The physology anf pathology of exposure to stress.
Montreal (1951)

90) SELYE, H. The stress of life.
New York, McGraw-Hill (1956)

91) SIFNEOS, P.E. Clinical Observations on Some Patients Suffering From a Variety of Psychosomatic Deseases.
Arch.Med.Psychosom.Proc.of the 7th Europ.Conferenco on Psychosom.Research. Rome, Italy (1967)

92) SPITZ, R. Vom Säugling zum Kleinkind.
Klett, Stuttgart(1965)

93) STEPHANOS, S. Das Konzept der "pensée opérative" und das psychosomatische Phänomen" In: UEXKÜLL,Th.v., Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. Urban & Schwarzenberg, München (1979)

94) STETTEN, d.W.
HEARON, J.Z. Intellectual level measured by army classification battery and serum uric acid concentration. Science 26, 1737 (1974)

95) STIEMERLING, D. Die früheste Kindheitserinnerung beim neurotischen Menschen. Z.Psychosom.Med., 2o,337-362 (1974)

96) THEORELL, R.
LIND, E.
FRÖBERG, J.
KARLSSON, C.G.
LEVI, L.A. A longitudinal study of 21 subjects with coronary heart desease life changes, catecholamine excretion and related biochemical reactions. Psychosom.Med., 34, 466-516 (1972)

97) TOLLEFSON, D.J. The relationship between the occurrence of fractures and life crisis events,(1972). Zit.in: JORASCHKY, P.Z., KÖHLE,N.: Maladaption und Krankheitsmanifestation. (s. Nr. 31)

98) UEXKÜLL, Th.v.
WESIACK, W. Wissenschaftstheorie und Psychosomatik. In: UEXKÜLL,Th.v., Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. Urban & Schwarzenberg, München, (1979) pp. 5-21

99) VOGT, A. Analyse und Eichung des Extraversion-Neurotizismus-Fragebogens nach J.C. BRENGELMANN (196o), unveröff. Diplomarbeit, Regensburg, (1974)

100) WERSHOW, H.J.
REINHART, G. Life change and hospitalisation - a heretical view. J.Psychosom.Res. 18, 393-4o1 (1974)

101) WINNICOTT, D.W. Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart, Klett (1976)

102) ZALOKAR, J.
LELOUCH, J.
CLAUDE, J.R.
KUNTZ, D. Epidemiology of Serum Uric Acid and Gout in Frenchmen. J.chron.Dis., 27, 59, (1974)

104) ZÖLLNER, N. Gicht.
Internist I, 333-345 (196o)

105) ZÖLLNER, N. Die Gicht.
In: SCHOEN,R., BÖNI,A., u. MIEHLKE K.: Klinik der rheumatischen Erkrankungen.
Springer, Berlin(197o)

106) ZÖLLNER, N. Grundlagen der Gichtforschung.
Münch.Med.Wschr. 17, 865-874 (1974)

107) ZÖLLNER, N. Diätetik der Gicht - experimentelle Grundlagen und praktische Anwendung.
Verh.dtsch.Ges.inn.Med. 82, 727-737 (1976)

108) ZÖLLNER, N. Die Manifestation der Gicht.
Internist 18, Berlin, 474-479 (1977)

ANHANG

1. Anleitung zur Abfassung von psychotherapeutischen Anamnesen

2. Life-event-Fragebogen

3. Ausgewählte Anamnesen, TAT-Protokolle und Auswertung

3.1. Patient 2
3.1.1. Anamnese Patient 2
3.1.2. TAT-Protokoll Patient 2
3.1.3. TAT-Auswertung Patient 2

3.2. Patient 9
3.2.1. Anamnese Patient 9
3.2.2. TAT-Protokoll Patient 9
3.2.3. TAT-Auswertung Patient 9

4. TAT-Tafeln 1 - 20

1. ANLEITUNG ZUR ABFASSUNG VON PSYCHOTHERATEUTISCHEN ANAMNESEN[1)]

Die schrifliche Gesamtdarstellung eines tiefenpsychologisch untersuchten Patienten hat inhaltlich folgende Gliederung:

1) Beschreibung der Symptomatik im psychischen, körperlichen und charakterologischen Bereich.

2) Eingehende Darstellung der inneren und äußeren Situation des Patienten bei Beginn der Symptomatik, bei wesentlicher Besserung, Verschlechterung oder Symptomwandel.

3) Persönlichkeitsstruktur bei Beginn der Erkrankung und zum Zeitpunkt der Untersuchung (Reaktion auf die Symptomatik, Konstitution, Intelligenz, Begabung usw.)

4) Genetische Faktoren, die zu dieser Persönlichkeitsstruktur geführt haben (frühkindliche Situation, vermutliche Anlagefaktoren, spätere Entwicklung).

5) Zusammenfassung und prognostische Beurteilung (für die Anamnese therapeutischer Plan).

Die psychotherapeutische Anamnese

Die psychotherapeutische Anamnese dient der Diagnosedarstellung und der ersten prognostischen Orientierung; sie ist wichtig für jede Differentialindikation psychotherapeutischer Verfahren. Die Anamnese stellt gleichzeitig die erste psychotherapeutische Maßnahme dar, was besonders in der Klinik, wo der Patient in ständigem Kontakt mit dem Untersucher bleibt, berücksichtigt werden muß. Jede weitere the-

1) Aus dem Zentralinstitut für Psychogene Erkrankungen der AOK Berlin.

rapeutische Maßnahme und deren Aufnahme durch den Pat. ist vielfach vom Vorgehen und der Beurteilung des ersten Untersuchers abhängig. Die psychotherapeutische Anamnese ist also in jeder Hinsicht andersartig als die übliche klinische Anamnese. Sie stellt keine Einleitung oder Ergänzung eines Untersuchungsverfahrens dar, sondern ist das Untersuchungsverfahren selbst.

Anamnesenerhebung

Allgemein: Möglichst passiv bleiben, den Pat. mit sparsamen Anregungen viel sprechen lassen, aufmerksam beobachten. Die Einhaltung einer genauen Reihenfolge von Fragen wird sich nicht bei jedem Patienten empfehlen. Nach Erfragung der Symptomatik kann man z.B. den Pat. nur auffordern, seine Lebensgeschichte zu erzählen. Aus der Art der Auswahl aus der Lebensgeschichte und aus dem, was der Pat. vergißt oder ausläßt, lassen sich Schlüsse ziehen und ergänzende Fragen stellen. Die nachstehende Anordnung setzt eine Ordnung des Materials voraus und erstreckt sich hauptsächlich auf die schriftliche Fixierung.

I. Symptomatik

1. Was hat Sie zu uns geführt, worunter leiden Sie, weswegen haben Sie den Arzt aufgesucht?

   Spontane Äußerungen abwarten! Versuchen, ein Bild von den subjektiv quälendsten Symptomen zu erhalten.

2. Welche Symptomatik, die der Pat. spontan berichtet, ist zu beobachten? (Tic, Tremor usw) Oder welche Symptomatik ist zu beobachten, von der der Pat. nicht berichtet?

3. Zusätzliche Fragen nach
   a) Wahrnehmungsstörungen
   b) der Stimmungslage
   c) Zwangsvorstellungen, -impulsen, -handlungen

d) Angst
e) Merkfähigkeit, Gedächtnis
f) körperliche Störungen (Appetit, Stuhl, Schlaf, Gewicht, Magen-Darm-Symptomatik usw.)
g) auffälligem Verhalten, Fehlleistungen.

4. Welche Befunde und Diagnosen liegen vor, welche sind noch zu veranlassen?

5. Frühere körperliche Erkrankungen und Behandlungen?

II. Auslösende Situation

1. Beginn der Symptomatik (möglichst genau, besonders im letzten halben Jahr, Lebensalter und Jahr für jede Symptomatik angeben)
2. Wie war die damalige Lebenssituation?
   a) Familie und Beziehungspersonen (ist jemand gestorben, neu in die Familie gekommen oder in Beziehung zu dem Pat. getreten? Verlobung, Heirat, Kinder, sonstige Veränderungen, Sexualität)!
   b) Berufssituation (Veränderungen, Pläne, Fehlschläge, Wünsche).
   c) Besitzverhältnisse (Erbschaft, Änderung des Einkommens, Ansprüche, Verpflichtungen, Schulden).
   d) Besondere Erlebnisse (Krieg, Gefangenschaft, Flucht, politische Schwierigkeiten).

Charakteristisch ist hier auch, was der Pat. vergißt, wobei er sich auffällig oder abartig verhält. Wenn die Erfragung der Versuchungs- und Versagenssituation gelingt, ist eine Beziehung zwischen Erleben, Fehlverhalten und Symptomatik herauszustellen.

III. Persönlichkeitsstruktur

Anschließen an die Erfragung der auslösenden Situation ist es erforderlich, sich ein Bild von der prämorbiden Persönlichkeit zu machen:

1. Wie hat der Pat. damals erlebt und sich verhalten?
   a) allgemeines Lebensgefühl, Wünsche, Pläne, Hoffnungen, Religiosität, Hobby;
   b) mitmenschlicher Kontakt, Einordnung, Geselligkeit;
   c) dem Besitz gegenüber (im weitesten Sinne);
   d) im Bereich des Geltungs- und Aggressionsstrebens;
   e) in Bezug auf Liebesfähigkeit und Sexualität;
2. Was hat sich dem gegenüber heute geändert? (Verschlechterung, Besserung, Reaktion auf die Symptomatik?)

Neurosenstrukturelle Zusammenhänge (Bequemlichkeit, Riesenwünsche und -erwartungen, Überkompensation, Schuldgefühle, Ideologien usw. sind bei 1) und 2) besonders zu beachten (erweitertes Verständnis für die auslösende Situation!)

In diesem Zusammenhang Beschreibung des Patienten

3. Zur Beurteilung der Persönlichkeitsstruktur ist außer den tiefenpsychologischen Fakten unerläßlich:
   a) Berücksichtigung der Konstitution, evtl. familiäre Belastung;
   b) äußeres Aussehen des Pat. (schön, häßlich, durchschnittlich; Größe, Gebrechen usw.);
   c) Intelligenz (wenn nötig, Test)
   d) besondere geistige oder handwerkliche, praktische Begabungen und Mängel;
   e) Beruf (Ausbildung, Wissen, Können).
4. Tests (Intelligenz, Persönlichkeitsstruktur,

Testfragen, Initialtraum, 3 Wünsche, "das Liebste" usw.)

IV. Genese

Genese bezieht sich hier weniger auf die Symptomatik, als auf die Entwicklung der Persönlichkeitsstruktur. Wie ist gerade diese Persönlichkeitsstruktur zustandegekommen, auf deren Boden die Symptomatik entstanden ist? Anzustreben ist ein möglichst genaues Bild von den Lebensumständen und Beziehungspersonen in der frühen Kindheit, und wie der Patient damals erlebt, sich verhalten und weiterentwickelt hat.

1) Aus welchem sozialen Milieu stammt der Patient? Ehesituation der Eltern, Wohnung, Hausangestellte usw. auch Großeltern; sozialer Auf- oder Abstieg?
2) Charakteristik der Eltern (Vater und Mutter getrennt aufführen, Alter angeben); ist grundsätzlich wie die Persönlichkeitsstruktur des Pat. zu erfragen. Wer hat in der Ehe dominiert? Welche geistigen Beziehungspersonen waren vorhanden?
3) Was ist über die Geburt, evtl. Schwangerschaftsverlauf bekannt? (Erwünschtes Kind, oder unerwünschtes Kind, seelische Reaktion und Gesundheitszustand der Mutter vor, während und nach der Geburt, ist das Kind gestillt worden?
4) Datum der Eheschließung der Eltern; Alter der Eltern?
5) Haben in früher Kindheit Auffälligkeiten bestanden? (Primordialsymptomatik wie Daumenlutschen, Nägelkauen, Eßstörungen, Sprachstörungen, Enuresis, Einkoten, Pavor nocturnus, Anfälle, Haarausreißen usw.; auch frühkindliche Erkrankungen wie Ernährungsstörungen, Rachitis,

Tbc etc.; nach Krankenhausaufenthalten fragen!)

6) Stellung i.d. Geschwisterreihe und Beziehung zu den Geschwistern (Geschlecht der Geschwister, Altersunterschiede, Reaktionen auf die Geburt neuer Geschwister; Erlebnisse mit Geschwistern, spätere Beziehung zu ihnen; evtl. Familienanekdoten)

7) Verlauf der Kindheit

   a) Nach frühester Erinnerung fragen (möglichst wörtlich in direkter Rede wiedergeben); oft entstellt oder Deckerinnerungen, die für die Problematik des Pat. jedoch von großer Wichtigkeit sind.

   b) Was ist aus Berichten von Angehörigen bekannt? (Sauberkeitsgewöhnung, motorische Entwicklung, Trotzphasen, Sprachentwicklung, Fragealter, Erziehungsprinzipien, Tischgewohnheiten; mußte aufgegessen werden oder nicht? Durfte bei Tisch gesprochen werden?)

   c) Schilderung des Pat. nach eigenen Erinnerungen (z.T. wie unter b)): Vorschulater, Spiele und Spielfähigkeit; Einzelgänger oder Rädelsführer usw.; lebhaftes oder stilles Kind; verträglich unverträglich, schüchtern oder aggressiv im Umgang? Störer? Schulzeit: Art der Schule und des Schulabschlusses, Leistungen, Lieblingsfächer; Spitznamen?

8) Späterer Lebensweg (Pubertät, Aufklärung? Onanie, erster Sexualverkehr, sexuelle Entwicklung. Berufsausbildung. Ehe. Entwicklung bis zum Beginn der Symptomatik.)

V. Zusammenfassung

Alter des Pat., Symptome, deren Dauer und neurosenpsychologischer Hintergrund, Struktur; erschwerende und begünstigende Faktoren für die Therapie.

Diagnose.-Therapieform.-Prognose.

2. LIFE-EVENT-FRAGEBOGEN

Life-Event-Fragebogen nach HOLMES & RAHE (30), übersetzt in SCHÜFFEL (86)

Biographische Ereignisse	Adaptionsleistung in Punktwerten
1. Tod des Ehepartners	100
2. Scheidung	73
3. Eheliche Trennung	65
4. Gefängnis	63
5. Tod eines nahen Angehörigen	63
6. Persönliche Verletzung/Krankheit	53
7. Heirat	50
8. Kündigung	45
9. Eheliche Wiederversöhnung	45
10. Pension	45
11. Geänderter Gesundheitszustand eines Familienmitglieds	44
12. Schwangerschaft	40
13. Sexuelle Schwierigkeiten	39
14. Hinzukommen eines neuen Familienmitglieds	39
15. Geschäftliche Neuorientierung	39
16. Veränderungen im finanziellen Status	38
17. Tod eines nahen Frundes	37
18. Geänderte Arbeitsinhalte	36
19. Veränderte Häufigkeit der Auseinandersetzung mit dem Ehepartner	35
20. Darlehen über 25.000 DM	31
21. Vorzeitige Kündigung eines Darlehens	30
22. Veränderte Verantwortung bei der Arbeit	29
23. Sohn oder Tochter verlassen Heim	29
24. Schwierigkeiten mit Verwandten	29
25. Außergewöhnliche persönliche Erfolge	28
26. Ehefrau beginnt oder beendet Arbeit	26
27. Beginn oder Ende von Schule	26

Life-event-Fragebogen (Forts.)

Biographische Ereignisse	Adaptionsleistung in Punktwerten
28. Veränderte Lebensbedingungen	25
29. Revidieren persönlicher Einstellungen	24
30. Schwierigkeiten mit Chef	23
31. Veränderte Arbeitszeiten oder-bedingungen	20
32. Veränderungen des Wohnsitzes	20
33. Veränderungen in der Schule/Ausbildung	20
34. Veränderte Form der Erholung	19
35. Veränderung in kirchlichen Aktivitäten	19
36. Veränderung in sozialen Aktivitäten	18
37. Darlehen weniger als 25.000 DM	17
38. Veränderte Schlafgewohnheiten	16
39. Geänderte Häufigkeit familiärer Zusammentreffen	15
40. Veränderte Eßgewohnheiten	13
41. Ferien	13
42. Weihnachten	12
43. Kleinere Gesetzesübertretungen	11

3. AUSGEWÄHLTE ANAMNESEN, TAT-PROTOKOLLE UND AUSWERTUNG

3.1. Patient 2

3.1.1. Anamnese Patient 2

Den ersten Gichtanfall erlitt der 62-jährige Patient im Alter von 44 Jahren am rechten Großzehengrundgelenk.

Der korrekt und ordentlich wirkende Patient ist bescheiden, ruhig, erzählt viel und versucht, es dem Untersucher recht zu machen. Er ist leicht nervös und schwitzt während der Untersuchung. Ab und zu kommen seine Insuffizienzgefühle durch. Seine Stimme ist leise und erscheint manchmal gedrückt.

Eine Maxime des Patienten ist, nichts in sich hineinzufressen, sondern "gleich mit dem Hammer drauf" zu gehen. Da sei er "ein bißchen aggressiv dann". Wenn sein Gerechtigkeitsgefühl verletzt wird, kann er "stocknarrisch" werden, "... also, korrekt muß alles sein". Er gibt an, kein Ellenbogenmensch zu sein, nur so "halb und halb", eher "korrekt, korrekt, korrekt". Andererseits sagt er von sich "... ich bin auch kein Edelknabe, ich mach' auch meine Fehler". Stolz ist er auf sein Beharrungsvermögen, besonders im beruflichen und ehelichen Bereich. Als Knabe war er lebhaft und gesellig, jetzt ist er "schon mehr phlegmatische geworden. Ruhiger, abgeklärter ... nicht immer ... der Stachel sitzt halt noch immer, ab und zu".

Der Patient ist das zweite Kind von fünf Geschwistern. Sein Vater, der 13 Jahre lang aktiver Marineoffizier war und später als Diplomingenieur im Maschinenbau arbeitete, starb im 54 Jahren, als der Patient 20 Jahre alt war. Er wird als sehr streng und konservativ, akkurat und "kompromißlos genau" charakterisiert. Er sparte nicht mit Strafen wie Ohrfeigen und Stubenarrest, hauptsächlich wegen Unpünktlichkeiten des Sohnes. Der Patient hatte nach seiner Aussage dennoch kein schlechtes Verhältnis zu ihm.

Die Mutter (+29) hatte viel Arbeit mit den fünf Kindernu und wenig Zeit. Sie wird als eine "Seele von Mensch" beschrieben, wirkte beruhigend und schuf dadurch einen Ausgleich zum Vater. Die Beziehung zur Mutter erscheint ambivalent. Sie ist von Verlassenheits- und fehlendem Geborgenheitsgefühl geprägt, was durch Idealisierung verdrängt wird.

Existentielle Angst erscheint auch in der frühesten Kindheitserinnerung des Patienten, in der er die lebensbedrohliche, aggressive Naturgewalt schildert, der er passiv ausgeliefert war: "...auf einmal bin ich im Wasser dringelegen und hat mich mitgerissen...". Ein positiv-mitmenschliches Erlebnis fehlt, die Hauptperson (Mutter) erscheint mehr als Kontroll- und Strafinstanz.

Als Knabe war der Patient lebhaft und "immer, wo was los war". Er hatte einen starken Freiheitsdrang, weshalb es öfters Schwierigkeiten mit den Eltern gab. Er wollte "bloß nicht angebunden sein". Die anderen Geschwister haben im Gegensatz zu ihm "alle pariert". Er trieb viel Sport, derzeit allerdings nicht mehr.

Nach dem Abitur mußte er, wie er ironisch abwehrend vermerkte, das "Ehrenkleid" anziehen, wodurch alle seine ehrgeizigen Zukunftspläne zerstört wurden. Nach dem Kriege heiratete er im selben Jahr, in dem auch sein älterer Sohn geboren wurde. Seine Frau (-4) schildert er als lebhaft, temperamentvoll und sehr ordnungsliebend. Sie hat im Hause das Sagen. Anfangs gab es "Schwierigkeiten", später haben sich die Eheleute "in der Mitte getroffen", und "so läuft die Sache ganz gut". Der Patient paßt sich in dem problematischen Verhältnis um des lieben Friedens willen an. Er vermerkt, daß er schon fünfunddreißig Jahre verheiratet ist:"... mit ein und derselben Frau noch dazu ... ehrenswert ... immerhin schon be-

achtlich". Die Ehe bedeutet für ihn eine starke Einengung seiner Expansionsbedürfnisse, auf Hobbies, wie z.B. Theaterbesuche muß er verzichten, da seine Frau als Verkäuferin arbeitet und spät nach Hause kommt.

Seit 35 Jahren arbeitet er in einem graphischen Betrieb als Angestellter und fühlt sich dort für den ordnungsgemäßen Ablauf sehr verantwortlich. Beruflich wollte er "etwas ganz anderes machen". Er ist enttäuscht, daß er nicht Maschinenbau, wie sein Vater, studieren konnte. Durch die Heirat und die Geburt seiner zwei Söhne war ein beruflicher Wechsel erst recht nicht mehr möglich. Er war "nicht mehr sein freier Herr". Er hat seine Pläne "hintan gelassen" und ist "damit alt geworden". Zwar sagt er, sich damit "abgefunden" zu haben, seine Resignation erreichte jedoch den Höhepunkt, als seine Söhne die Schule verließen und die Frau wieder zu arbeiten anfing. Zur gleichen Zeit starb auch sein Chef und die Behandlung durch den Juniorchef bedeutete für ihn Demütigung, gegen die er sich nicht wehren konnte. In dieser Zeit der endgültigen Resignation, nochmals aus seinem Leben ausbrechen zu können, erlitt er seinen ersten Gichtanfall.

Die vitalen Impulse des Patienten wurden stets gebremst, sowohl in der Kindheit durch die strenge Erziehung, als auch später durch die einengende Ehefrau und den selbstauferlegten Zwang zu einer Arbeit, die stets als unangemessener Kompromiß empfunden wurde. Seit seiner Kindheit steht der Patient unter dem Spannungsbogen zwischen starken Geborgenheits- und Abhängigkeitswünschen einerseits und drängenden Expansionsbestrebungen andererseits. Sein Ich blieb dadurch schwach. Vorhandene Aggressionen werden unterdrückt, auch wenn der Patient das Gegenteil behauptet.

Sein Wunsch, korrekt zu sein, wird von Tendenzen, sich durchzumogeln, unterlaufen. Die Bedürfnisse des Patienten nach Ordnung un Halt sind äußerlicher Art, die inhaltliche Stimmigkeit darf sogar fehlen, was sich in dem Satz "jeder sollte eine Weltanschauung haben..., es muß ja nicht unbedingt die richtige sein" äußert. Der Patient hält sich selbst für reflektiert und seiner Probleme bewußt, doch stehen dem häufig Abwehrmechanismen der Rationalisierung, Verleugnung, des Nicht-wahr-haben-wollens und die Neigung zu oraler Kompensation entgegen.

3.1.2. TAT- Protokoll Patient 2

1. Serie

Tafel 1

P: Wenn ich das Bild so betrachte... dann ist dem Jungen dies Instrument nicht ganz geheuer.

I: Mhm...

P: Denn er blickt ziemlich ernst... drein... und sagt sich vielleicht im Stillen also... mit der Geige wer' ich wahrscheinlich sehr schwer zurecht kommen.

I: Mhm...

P: Nachdenklich!... Oh, das ist kein, kein... Hosiannah (schnauft) aus seinen Zügen zu lesen, im Gegenteil, Skepsis dem Instrument und seinem Können vielleicht auch gegenüber (sehr leise)

I: Mhm...

P: ... also, er traut sich nicht so recht...

I: Mhm... Ja das war ganz gut! Wenn Sie jetzt vielleicht noch sagen könnten, wie könnte die Geschichte enden?

P: (schnauft) Ja, wie die Geschichte enden könnte... das ist natürlich! (schnauft) ein Entweder-Oder... Man kann natürlich aus dem Bild eher... eher heraus ... finden, daß die Geschichte... nicht gut endet. Ich glaube, daß der Bub sich mit was ganz anderem befassen wird, als mit dem Geigenspiel. Vielleicht wird er es versuchen, aber er wird den Versuch aufgeben... denn... für mein Gefühl... hat er auch schon eine gewisse Abneigung, das merkt man aus den Blicken und aus den Gesichtszügen, daß ihm die Sache nicht gefällt...

I: Mhm...

P: Na, das läßt darauf schließen, daß er... mit seinem Verhalten dem Instrument gegenüber weiterhin so so so... abweisend bleibt, daß da mit dem Geigenspiel nichts wird.
Ein, eine alte Tatsache ist, daß ich... wenn ich

etwas mit Widerwillen willen, Wi - der, na jetzt krieg' ichs bald nicht mehr raus, mit Widerwillen tun muß, nie ein Erfolg auf lange Sicht... zu erzielen ist.

I: Ja, gut...

P: Ja also ich meine, es ist reine Intuition, die man da...

I: Ja...

P: Obs natürlich stimmt, weiß ich nicht!

I: Es gibt keine richtigen oder falschen Wissen, sondern

P: Ja...
Muß man die alle da durcharbeiten?

I: Ja, an sich sind es zwei Serien zu 1o Bildern also schauen wir mal, wie weit wir kommen.

P: Sonst komm ich noch einmal!...
Ich sag', sonst komm ich noch einmal!

Tafel 2

P: Ja, was soll das jetzt sein?
Alle blicken irgendwohin. Komischerweise... und ich würde meinen... da man im Hintergrund den Ackersmann sieht... der eine Arbeit tut... von der er sich wünscht, daß sie ihm Erfolg bringt... vor allem zukunftsträchtig, nicht das Bebauen und Bepflügen eines Ackers, sondern die Aussicht auf gute Ernte... und so würd' ich meinen, das linke Bild des Mädchens ... bewegt sich ungefähr in der gleichen Richtung, der Blick... richtet sich auch, wahrscheinlich!... vorwärts.... Ihre beruflichen Interessen bewegen sich natürlich auch auf einer anderen Ebene, aber sie weiß auch nicht, also... fragend, sie weiß auch nichts... was... ob ihre Hoffnung sich erfüllen wird ... in (schnauft) Zukunft, also für ihr zukünftiges Leben und für ihren Beruf.

Ja, und die Frau am Baum... Sie kriegt auch eine Hoffnung, die ist nämlich... irgendwie in anderen Umständen... Sicherlich... mit... auch mit dem Wunsch, oder mit der Hoffnung... na, wie soll ich das jetzt sagen...?
Oh...daß... für ihre Zukunft und für die des Kindes ... also, daß für sie und für das Kind auch eine... eine gute Zukunft gibt. Das ist alles, was man hier sieht, das ist alles bloß aus einer gewissen Hoffnung heraus, also von meiner Warte aus zu erklären ...(Mhm...)

I: Mhm...

P: Und das Ziel dieser Hoffnung ist, daß die Saat, die alle hier auslegen auch aufgeht, gelt?

Tafel 3

P: Oh, was ist das?! Ach so...
Ja, was würd'ich sagen... das ist ein trostloses Bild, ist das... was soll das!? da, da,... entschul... Was soll das da sein, vorn?

I: Ja, das liegt ganz bei Ihnen, wie sie das sehen...

P: Das schaut aus, wie eine o8/15, he he (lacht)... wie eine Pistole, gell, oder Waffe...

I: Mhm...

P: Ja, das würd' ich meinen, das ist, äh... im, im ... im Anschluß an das vorhergehende Bild, das ist das Ende aller Hoffnungen...
Normalerweise, normalerweise... müßte jeder Mensch eingentlich seinen Weg zuende gehen, so wie ihm die Schöpfung es bestimmt hat, nicht. Der Betreffende, oder auf dem Bild, der hat... gekniffen, mehr oder weniger.
Das heißt, er hat sich der Verantwortung für sich... oder er hat sich aus der Verantwortung... hinaus katapultiert...

Ich würde meinen (räuspert sich)... das Gesicht braucht man eigentlich gar nicht zu sehen, denn auch die Rückenansicht sagt genausoviel...
Na ja, sonst wüßt' ich eigentlich...
Da kann ich natürlich meiner Phantasie nicht mehr soviel Raum zugestehen.

I: Ja, das ist gut so, wie Sie's gemacht haben. Wenn Sie vielleicht noch sagen, was da vorher passiert ist...

P: Ja mei, das weiß man eigentlich nie. D... die Palette, (räuspert sich) der... na, wie kann man sagen,... Vorkommnisse, die sich vor dem abspielen, was... Jeder Mensch ist anders, gell?!... im Nehmen!...

I: Mhm...

P: Der eine, der ist, den kann nichts umbringen...

I: Ja...

P: ... der andere, der stolpert schon über den kleinsten Stein, gell... der ihm im Weg liegt... weil er nicht in der Lage ist, den Stein aus dem Weg zu räumen, sondern, weil er darüber stolpert... Er bückt sich nicht!
Ja, und die Quintessenz der ganzen Geschichte ist ja die, daß man im Leben, daß es immer aus irgendeiner Misere einen Ausweg gibt. Immer... also, daß es keinen Grund, daß es keinen Grund gibt, keinen moralichen und keinen (laute Stimme)... zu vertretenden Grund, wenn sich einer so, wenn einer so endet.
Das heißt, es darf gar nicht soweit kommen, daß er so, daß es so weit kommt.

I: Mhm...

P: Ja, und das ist natürlich wieder...(stöhnt) Der eine hat's, und der andere hat's nicht. Und die mangelts natürlich am Willen, an der Willenskraft. Und ich steh' immer auf dem Standpunkt, das ist im-

mer meine Meinung, mein Motto, um es zu sagen... ganz einfach auf einen Nenner gebracht, wenn mal irgendwas daquer geht, oder es geht was nicht richtig, dann sagt man immer wieder: es gibt Schlimmeres!

I: Mhm...

P: Gell, im Leben gibt's Schlimmeres. Wenn man den Standpunkt sich zu eigen machen kann, gell, dann kann eigentlich nicht viel schief gehen.
Mei, es gibt eben Lebenslagen, wo man sagt, na ja, was weiß ich, Krankheit oder oder... also, mein Sohn der ist verunglückt... Da steht man dann auch so... irgendwie... zweifelnd den Dingen gegenüber und sagt sich, warum muß so ein junger Mensch dran glauben.
Nicht, der ist einfach, der ist im Wagen eingeschlafen... der ist in der Früh nach Hause gefahren, das heißt, da wo er gewohnt hat, haben's Sportfest gehabt, und...da war er noch am Abend bei uns, hat meine Frau zu ihm gesagt, "gell, wennst müd' bist, die, die Wohnungsschlüssel hast ja...", die haben alle beide Wohnungsschlüssel von... "kommst halt nach Hause und schlafst da, nicht",..."Ja, ja, sicher, sicher".

I: Mhm...
Ja, dann ist er heimgefahren und kurz vor..., da geht so eine Allee, die ist er eingeschlafen, gell und ist... gegen Baum... was total... Auto total kaputt, er total kaputt, nicht... nix mehr

I: Das war sehr plötzlich, so...

P: Ja, ich versteh das nicht, ich meine... da... kommt man natürlich auch in Situationen, wo man sagt... natürlich Glaubenssache auch, mehr oder weniger.... warum ausgerechnet die, wo's soviel Halunken gibt, die herumlaufen

I: Da hadert man so mit dem...

P: mit dem Schicksal, ja...
I: ... ja, er hats nicht verdient, oder...
P: Ich sag' halt, vielleicht bin ich da... jedem Menschen wirds schon in die Wiege reingelegt, wann seine Uhr abläuft, nicht,mehr oder weniger
I: Mhm...
P: ... und drum sag' ich mir immer, es gibt Schlimmeres! Daß man an, an Dingen, an Steinen, die einem im Weg liegen, gell, daß man da nicht stolpert, sondern, daß man sie beiseite räumt.

(gekürzt)

Tafel 4

P: ... Werbung oder Abweisung...
Die Frau wirbt und der Mann weist sie ab. Es ist so wie eine geistige Brutalität, der Mann hat harte Gesichtszüge, er ist unnahbar. Die Frau ist weicher, werbend...
Was kommt raus...?
Kann ich nicht sagen...
Ich hab den Eindruck, daß sie sich nicht anschauen.
Der Mann spielt den Beleidigten.
Die Hände der Frau sind hart, aber in der Handhabung weich...
Der Mann hat nicht die Absicht, sich in ein Gespräch einzulassen
... na,ich weiß nicht, kann ich aus der ganzen Geschichte,... glaube, ich habe keine so blühende Phantasie...
I: Na, es war gut, wie Sie es gemacht haben...

Tafel 5

P:...(schnauft) Was soll man da sagen? Ist die Frau jetzt... Das ist der momentane Gesichtsausdruck einer Frau, die... bei geöffneter Tür... irgendetwas in dem Raum erblickt... sei es verwundert..., ver-

schreckt kann nicht sagen,... vielleicht zaudernd vielleicht will sie die Tür wieder zumachen, daß sie irgendetwas gesehen hat, was... man weiß ja nicht, ob sie vorher angeklopft hat?

I: Mhm...

P: Also das ist..., ja... das Gefühl würd´mir genauso gehen, wenn ich eine Tür öffne und seh´irgendwas, was, was... ich eigentlich nicht sehen wollte. Was es... was es sein kann, kann man schlecht beurteilen. Es ist ein Wohnzimmer... nach altem, konservativem Aussehen, nicht...

I. Mhm...

P: ...eine Tischlampe, Blumen daneben... Bücherregal ...alte Kommode... ein Büchergestell... also, so richtig Jahrhundertwende herum...

I: Mhm...

P: Und ich hab so das Gefühl, als wollte die Frau im nächsten Moment, die Tür wieder zumachen, so denk ich den Gesichtsausdruck.

I: ... Und was könnte sie so erblicken...? Was könnte es sein?

P: Na, es kommt darauf an, wer in dem Raum ist.

I: Mhm... ja, was könnte da zum Beispiel sein?

P: Na ja, ich mein´... (unverständliches Gemurmel) also so erschrecken..., na ja vielleicht, daß da Kinder spielen und irgendwie Unordnung machen. Aber so alt ist sie noch nicht, daß,daß die Kinder schon so groß wären...
Vielleicht will sie grad... anfangen zu schimpfen... `Macht da keine Unordnung!´ oder irgendwie...
Also irgendetwas Unbehagliches ist ja da...(stöhnt)

I: Mhm...

P: ... ist in ihrem Blickpunkt drin...

I: Mhm...

P: Oder sie hat vorher einen Lärm gehört, gell, ...und hat da... die Tür geöffnet und da hat sich dann das

... (schnauft) ergeben..., daß sie etwas gesehen hat was ihr nicht behagt...

I: Mhm...gut,ja...

Tafel 6

P: Hier würde ich ein Mutter-Sohn-Verhältnis...sehen... Es muß vorher irgendwie eine Aussprache stattgefunden haben, die beide Teile als wenig angenehm empfanden...
Und zwar muß die Aussprache kurz zuvor stattgefunden haben, weil an den Gesichtern anzusehen ist, daß noch eine gewisse Anspannung... da ist...

I: Mhm...

P: Wer nun mit wem den Dialog zuerst geführt hat, ist natürlich... schwer ersichtlich, auf alle Fälle kann man feststellen, daß die Mutter sich abgewendent hat... in dem Fall also... die Mutter sich abgewendet hat... daß sie dem... die Aussprache für beendet erklärt... zumindestens, dadurch, daß sie sich abgewendet hat...

I: Mhm...

P: Und irgendwie... sieht der, der gute Mann seiner... seiner Schuld... zumindestens seines Fehlers oder irgend...einer anderen Sache bewußt, sonst würde er nicht... kopfgebeugt dastehen, als würde er nachdenken über das, was ihm... seine Mutter gesagt hat...

I: Mhm...ja...gut...?

P: Kurz und zügig, wenns recht ist. Mein´ich will nicht irgendetwas hineinphantasieren...

I: Das sollen Sie durchaus machen, wie es Ihnen beliebt, dies ist eigentlich auch erwünscht, sagen wir so.

P: Ja, es muß ja doch immerhin mit dem... Ich kann aus einem Bild nicht mehr heraus... deuten, als was... vielleicht... eines... so blühend ist die

Phantasie nun wieder doch nicht...

I: Es ist sehr gut, wie Sie es machen...

Tafel 7

P: Ja, hier haben wir wieder... fast den gleichen Fall bloß in einer anderen Version. Das ist Vater-Sohn... Natürlich immer so, wenn...Vater-Sohn... Diskussionen stattfinden, daß der Jüngere immer der Skeptiker ist...
Und hier, in dem Fall... bezieht der Sohn schon eine Position, die auf Skepsis... schließen läßt... Das würde drauf deuten, daß das, was ihm sein Vater da... erzählt oder sagt... vom Sohn nicht unwidersprochen gelassen wird. ...
Ich nehme an, daß er jetzt über das noch nachdenkt, ... um vielleicht...seine Version zu geben...Also er ist abwartend. Der Sohn ist abwartend, also... muß er erst verarbeiten, um dann gegebenenfalls... doch seine... seine eigene Meinung kundzutun...
Und der Vater... ist abwartend, mehr oder weniger ... Er harrt der Dinge, die da kommen sollen...

I: Ja... Und was könnte es für ein Thema da gewesen sein, das die so besprochen haben?...

P: Ja. gute Ratschläge . Meistens geben die Eltern immer gute Ratschläge

I: Mhm..., Ja...?

P: Oder zumindestens,sie versuchen es.

I: Mhm...

P: Wie weit die natürlich auf fruchtbaren Boden fällt, fallen... das sei dahingestellt
Ich habe die Feststellung gemacht, daß die Bilder, die ich bis jetzt gesehen habe... da kann man nie ein Faktum... und ein fertiges Programm, mal banal ausgedrückt, entwickeln. Da sind immer halbfertige Sachen, nicht? Man muß praktisch seinen Text dazugeben...

I: Ja, das ist absichtlich so gemacht
P: Es ist alles in der Schwebe
Aber woher nehmen und nicht stehlen?

Tafel 8

P: Ja nun, hier erhebt sich die Frage, in welchem... Zusammenhang der junge Mann da im Vordergrund zur Tätigkeit derer steht, die da im Hintergrund sich bewegen. Was ist das? Ein Gewehr?
Ein Gewehr. Mit dem Gewehr assoziiert man auf Schießen, hm? Sind das jetzt zwei Ärzte, die da irgendwie eine Kugel herausholen wollen? Also zumindest erst mal... kenn mich da schlecht aus... daß man ... erst mal den Punkt markiert, wo die Kugel eingedrungen ist...(schnauft)
Ja, eine Frage darf ich mir jetzt schon erlauben, was,äh, der hat da keinen halben Arm, der gute Mann oder ist das was anderes?
I: Ja, da möchte ich nicht soviel dazu sagen, das liegt ganz so in Ihrer..., wie Sie es sehen..., in Ihrer Hand...
P: Ja, vielleicht ist der gute Mann da tatsächlich einarmig, gell so, daß der Stumpf da... zu sehen ist, steht aber mit dem, der da liegt in, in k-keiner Beziehung.
Bloß, mir ist nicht ganz klar,... oder, oder... na jetzt kommen kommen wir auf die ganze Geschichte! Da der Hintergrund so leicht verschwommen ist, könnte es eine Vision dieses jungen Mannes sein,mhm,
I: Mhm...
P: der da... ich meine,er ist, er schaut nachdenklich, der da vielleicht... diese Vision hat, die da sich im Hintergrund zumindestens des, des momentanen Tatbestandes, was sich da im Hintergrund abspielt,
I: Mhm...

P: Dem Alter nach könnte es sein Vater sein, daß er irgendwie einen Unfall erück..erlitten hat, Soldat wird's keiner sein, kann man nicht annehmen. Dies ist ein Jagdgewehr, gell? Mein Gott, jetzt, wenn ich mehr Phantasie hätte, würde ich sagen, was weiß ich, hat er... oder es ist ein... ein,ein... oh das wär', das wär' aber zu weitschweifend...

I: Ja...?

P: Was wollt'ich sagen? Na ja, ich mein, solche Bilder sieht man natürlich auch oft gell, daß er derjenige ist, der den guten Mann da (seufzt) zur Strecke gebracht hat, vielleicht ist er mit irgendeiner Beziehung in die Quere gekommen...

I: Mhm...

P: Man weiß ja nicht, vielleicht irgendwie eine, eine Liebschaft

I: Mhm...

P: Das sollś ja auch geben, gell?

I: Ja...

P: Die aber nur,die aber nur, also wollen wir nicht sagen, äh,äh, jetzt imaginär...

I: Ja...?

P: Gestellt, gell, also zum mindestens den Tatbestand, daß der da auf einer Bahre liegt und wahrscheinlich verletzt ist, also nicht der Wirklichkeit, nicht in die Wirklichkeit einbezogen, sondern eben bildlich gesehen, daß er sich das vorstellt, so könnte es eventuell sein

I: Ja, mhm...

P: So könnte sich der Vorgang abspielen, ob nun also, in der Vergangenheit weniger, aber in naher Zukunft ...

I: Mhm...

P: Gibt natürlich, man könnte natürlich eine andere Version auch... aber das glaub ich kaum, daß die...

daß man die akzeptieren kann...das glaub ich kaum (leise)
Na ja, Spiel nicht mit dem Schießgewehr, denn es kann geladen sein...
Vielleicht hat der gute Mann sich die Verwundung selbst zugebracht? Die Verletzung. Und der junge Mann befindet sich außerhalb des Raumes, ja, also, er weiß, daß, daß die Person, ob das jetzt sein Vater, oder irgendwer ist, da irgendwie schwer, schwer verletzt daliegt und er denkt jetzt nach, was da wohl bei der ganzen Geschichte rauskommt, überlebt ers oder überlebt ers nicht

I: Mhm...

P: Also Zweifel, Zweifel, das ist auf alle Fälle dem jungen Mann ins Gesicht geschrieben... abwartend, abwartend... was wird aus der ganzen Geschichte. Ja, jetzt das Bild, wenn man das so näher betrachtet... der gute Mann, der gehört ja gar nicht zu dem Arzt da! Der liegt ja im Hintergrund, ja das ist ja technisch, moment, technisch... also nein... von der Sta...Sta... Körperstatur her gar nicht möglich, oder doch? Na, ich glaube nicht. (Hält es weit weg)... das glaub ich nicht (leise)... na,das ist schlecht zu... soll ich dazu sagen?... Hat der so, na ja, es kann sein, meinetwegen, wer das gemacht hat, der hat sich bestimmt dabei was gedacht. Ja könnt sogar sein, daß das von der Perspektive her möglich ist, daß der Arm da zu dem Herrn da im Hintergrund gehört (fragt den Interviewer)

I: Dazu kann ich nichts sagen, das würde Sie beeinflussen .

P: Ja, weil da hinten noch mal was...Das könnte nämlich eine dritte Person sein, weil, vom, von, also von der Perspektive her geht das schlecht.

I: Mhm...

P: Ja gut, man könnte dann eventuell, zu der Deutung

kommen, daß es da doch irgendwie ein mehr oder weniger kleines Lazarett ist, wo mehrere... Blessierte...
Das Gewehr soll vielleicht andeuten, daß da irgendwie... kriegerische Auseinandersetzungen es gegeben hat und der eine Herr da den Medicus spielt... also zumindest nicht spielt, sondern den Medicus darstellt...
Aber es ist alles, der Zeichnung nach, eine eine Vision mehr oder weniger... weil, ich setze nicht etwas... effektiv in den Vordergrund und von hinten laß ichś verschwimmen

I: Mhm...

P: So daß ich der Meinung bin, daß das mehr oder weniger ein Traum oder eine Vision des jungen Mannes ist, was sich da im Hintergrund abspielt.

I: Mhm... gut...

P: ... Ich werde noch...(lacht)

Tafel 9

P: Na, Cést la vie, so ist das Leben, gell?

I: Mhm...

P: Eine Gruppe von... na ja, soll man sie jetzt Faulenzer nennen? Man könnte es...
Man könnte auch sagen, diese Herren haben sich da nach irgend einer Anstrengung, körperlicher..., geistiger bestimmt nicht, da wird man nicht müd, nach irgendeiner körperlichen Anstrengung, im Grase niedergelassen und pflegen jetzt der Ruhe...

I: Mhm...

P: Und vielleicht will der junge Mann da auf der linken Seite, diese Herren da zum Aufstehen bewegen?

I: Mhm...

P: Denn ihm sieht man nicht an, daß er müde wäŕ, gell, der... liegt auch mehr oder weniger. Vielleicht ist er gebeugt. Bückt sich da und will gerade dem einen

einen nach dem anderen wieder aufwecken, in die Wirklichkeit zurückholen.

I: Mhm...

P: Na, die Haltung der Hüte deutet wahrscheinlich daraufhin, daß die Herren mehr oder weniger nicht gestört werden wollen, gell?
Die sich praktisch auf eine längere Rast oder Pause eingerichtet haben...

I: Mhm...

P: Also eine Idylle im Gras! (wendet das Bild)

I: Mhm...ja?...Wie könnte das so weitergehen? Diese Szene, die da so abgebildet ist? Was könnte da so anschließend passieren?

P: Na anschließend, das kommt ganz auf die Zeit drauf an, wann, wie lang die Herren da schon liegen... und wann sie...wahrscheinlich der Aufforderung d.. des jungen Mannes da, sich wieder sekrecht hinzustellen, Folge leisten werden. Aber vorläufig siehts noch nicht so danach aus...denn die Augen, das sind noch geschlossen... also nehm' ich an, daß die Gruppe da noch längere Zeit in dieser Haltung verharren wird. ...
Ja, und dann würd' ich noch meinen, gut, daß... ziemlich, ziemlich warme Gegend da, oder? Die Sonne scheint wahrscheinlich auch ganz schön, sonst würden die Herren ihre Hüte nicht übers Gesicht gezogen haben. ...
Vielleicht sinds Landarbeiter, die ihre Mittagspause machen. Und der junge Mann, der wahrscheinlich dazu beauftragt ist, sie aufzuwecken.
Wieviel sind das noch?

I: Es sind insgesamt 2o.

P: Ach du liebes Bißchen!

I: Sie müssen sagen, wenn Sie nicht mehr wollen.

P: Was, die unteren auch?

I: Nein, nur bis hierher.

Tafel 1o

P: Ja, was soll ich dazu sagen?...
Das... denn, das obere Bild scheint mir auch eine Frau zu sein, dem Haarschnitt nach.

I: Mhm...

P: ... Na, wie soll man das jetzt deuten?...
Eine Version wäre (schnauft), daß das Mutter und Tochter sind, die ein... ausführliches Gespräch miteinander gehabt haben

I: Mhm...

P: Es kann sich um... ein Gespräch, welches, sagen wir ... also ein ein freudiges Gespräch gewesen sein, weil die Umarmung, es kann also auch ein trauriges Gespräch gewesen sein, daß die Mutter die Tochter umarmt und sie jetzt, und sie jetzt in Besinnlichkeit verharren, vielleicht war dies ein erfreuliches, vielleicht war das ein trauriges Gespräch, auf alle Fälle,.. daß, würde ich meinen, die Bindung der beiden Personen zueinander sehr ausgeprägt ist, gell?

I: Mhm...

P: Und daß das Gespräch praktisch die Bindung noch in irgendeiner Form vertieft hat...
Die Besinnung also nach dem Gespräch, die kann man dadurch deuten, daß beide die Augen geschlossen haben, also sie mehr oder weniger jetzt in sich selbst hineindenken, also... ich stelle mir so was vor, wenn ich... um es hart auszudrücken, über etwas nachdenke... um mit mir ins Reine zu kommen, gell, dann mach´ich die Augen zu, weil dann seh ich am besten,eigentümlicherweise.
Stimmt das eigentlich? (fragt Interviewer)

I: Ja, also....

P: Ich meine, diese Phase, diese Phase, wenn ich, sagen wir, irgendwie ein Problem mit mir herumtrage, das ich nicht... also wo ich keinen Gesprächsschmart-

ner dafür hab, auch wenn ich einen habe, wenn ich das Problem hinter mich gebracht habe, dann... beginne ich nachzudenken, gell...

I: Mhm...

P: Und dann schließe ich die Augen, gell, äh, zumindest nicht nachzudenken, aber ich verarbeite halt, also... denn gew,... also sagen wir mal, den Tatbestand einer Erzählung oder einer, einer Unterredung, wenn ich den verarbeiten will, mit mir, in mir verarbeiten will, dann, dann... dann mache ich die Augen zu...

I: Mhm...

P. Und das will wahrscheinlich das Bild da auch aussagen. Und sagen mal, durch die Umarmung der beiden Personen wird sich da irgendwie, eine was weiß ich, ei-eine eine... s... sagen wir mal eine sehr... eine Freu... also... oder ei... eine, eine,eine,ein ein Leid... doch leichter lösen als... in einer anderen Form

I: Ja...

P: Das halt ein Bißchen, man merkt das ja oft, sagen wir, wenn Kinder irgendetwas haben, irgendwie ein Problem oder sie haben sich wehgetan, nicht, dann wird... rennt man zur Mutter, gell, umarmt sie und dann wird... ein gutes Wort und schon ist der Schmerz vergessen.

2.Serie

Tafel 11

P: (wendet und dreht das Bild, lacht) Jetzt muß ich direkt hinten draufschauen, was richtig ist... ja, was kann das jetzt sein?... Jetzt werd ich, jetzt bin ich schwach! Na, das wird nichts gescheites... Das wird nichts Gescheites.
Moment! I... ich komm schon dahinter... Es müßte... aha...
Ja also, was soll das jetzt darstellen?...

Ja nicht, also, eine Mauer.Also jetzt komm ich schon langsam dahinter.

I: Mhm..

P. Eine Art... eine Art Äquadukt...

I: Mhm...

P: ... und oben auf dieser Mauer... also, wo wie ich das sehen kann, ja, es könnte ein Äquadukt sein, ein ge... ehemaliger, Wasserleitung, römischen Stils ...

I: Mhm...

P: Aber im Hintergrund ist ein... eine, eine... das kann man dann schon schlecht sagen...
Im Hintergrund... auf alle Fälle, auf dem, auf der ... auf der, der oberen Ebene bewegt sich da irgendwie ein Wesen...

I: Mhm...

P: ... von dem man eigentlich schlecht sagen kann... ja... es müßt' aber ein Tier sein.
Ein Tier..., ja, das ist aber eigentlich... mit was soll man das vergleichen?
Nein! Ja, Moment!
Dies, jetzt, das... ist so verschwommen, jetzt weiß ich schon, was das ist! Das sind mehrere Vögel, die sich da oben bewegen...

I: Mhm...

P: ... auf der Mauer. Und an der seitlichen... seitlichen Öffnung in einer steilen Wand... also in der Öffnung, in der Öffnung, da ruht, bzw. da lauert ... Ja da was, was soll das jetzt sein?
Ein Flossentier..., die gibtś aber in Wirklichkeit nicht...

I: Mhm...

P: Also das, das... das kann ich mir nicht vorstellen, daß das gut, die Tiere da, das sind ja Vögel, daß es, daß es vielleicht... es könnt ein, ja ein... Zw... ja eine Gans oder oder ein, ein, ein, Auer-

hahn oder sonst irgendetwas sein... mehrere, drei Stück. Jetzt hab ichs!
Aber das, oder ist, das, man kanns noch anders definieren. Jetzt hab ich einen Schmarrn gemacht... jetzt hab ich einen Schmarrn gemacht.
Ich könnte mir vorstellen..., daß dies die Mutter der Tiere ist, die da unten äh... war, ... einherwandeln, vielleicht nach Futter suchen, und sie bewacht praktisch die Jungen, die Brut! Daß mit ihnen nichts passiert, gell, die ist eine Lauerstellung so quasi, der Hals, der da soweit vorgestreckt ist, die Augen, die spielen wahrschenlich nach links und rechts, damit sie beizeiten die Erfahr..., die Gefahr erkennen kann...

I: Mhm...

P: Also, da würd ich meinen, wenn ich es richtig interpre,... interpretieren kann, daß das Muttertier da die Rolle des Zerberus spielt, um ja Obacht zu geben, daß... meine, sie bewacht nicht ihre eigenen, sondern sie bewacht... ja, d...die junge Brut, das sind ja auch Vögel, die ... wahrscheinlich ... sicher in Zusammenhang mit die, mit der... mit dem... ganz ähnlichen Viech da stehen. Ganz, ganz kanns nicht sein, sonst ist das... kann man schlecht als, als, als... das mu irgendwie ein..., jemand, ein imaginäres Geschöpf sein. Ein Wächter praktisch!

I: Mhm...

P: Weil, in der Natur glaube ich kaum, daß es das gibt...

I: Mhm...

P. Das im Hintergrund, das könnt eine... eine Gartenöffnung oder eine, eine Türöffnung sein,...
Ja, die wahrscheinlich zur Landschaft..., gehört das ... zur Landschaft als solchem gehört...
Ja, so könnte ich das deuten..., ob das also natürlich richtig ist, nicht, wird falsch sein...

Aber so ungefähr stell ich mir die Situation vor, daß das Muttertier hier der Bewacher für die... für, für die Brut spielt, gell.
Unwegsames Gelände, altes Mauerwerk,... wahrscheinlich eine Ruine.

Tafel 12

P: Ja, was sollen die jetzt...?
Also, tot kanns nicht sein... schlafen...
Na, ich würde meinen, das wird bestimmt der Vater sein, irgendwie ein, ein, ein,.. Vater-Tochter-Verhältnis, das heißt, kein Verhältnis in dem...

I: Mhm...

P: Keine, ... was ich meine...
... daß er seiner Tochter, seiner schlafenden Tochter... versucht, über die Stirne zu streicheln ...

I: Mhm...

P:... Um... na, was will er damit beweisen...?
Wer so schläft, wer schläft, dessen Antlitz, äh, ja, dessen Gesichtszüge sind entspannt,... d.h., sie sind friedlich...
Und diese Handbewegung soll auch ... das Entgegenkommen,das Entgegenkommen des Mannes... in, in irgend einer Form darstellen, so quasi, als möchte er, da, den Frieden... bewahren und... er möchte halt in dem Fall der Tochter vielleicht leicht übers Gesicht streicheln... weil ihn das irgendwie anspricht, gell das..., die Ruhe, Ruhe!

I: Mhm...

P: Vielleicht hat er auch die Absicht, man weiß es nicht, wenn er die Hand senkt, daß er seiner... also, dem... ent... Tochter übers Gesicht streicheln will, über die Wange streicheln will, oder vielleicht will ers leise, leise aufwecken.
Aber, daß es eine Schlafende ist, kann man an den

an der, hier, daran sehen, gell (zeigt Bild)
An den angezogenen, an dem angezogenen Bein, ich mein... also in der Richtung kann man das schon deuten...
Das geht wahrscheinlich noch mehr, wenn ich das Bild so betrachte, in den, in die Legende, oder in den... das Kirchliche über, nicht, daß man einen segnet, der schläft.

I: Mhm...

P: Das könnte die Handbewe..., die Handbewegung auch aussagen...
Kann ich mir vorstellen, weil, es gibt in der, also, so... Wollen mal sagen, in der in der Bibelgeschichte viel so Bilder, wo Schlafende, ich meine ... durch Auflegen der Hand gesegnet werden...

Tafel 13

P: Das ist profan,hätte ich fast gesagt: Da wendet sich der Gast mit Grausen (grinst)

I: Mhm, ja...

P: Dies ist es bestimmt nicht... Na ja, also... was soll man da jetzt hineinphilosophieren... (atmet)
Vielleicht hat er das Mädchen umgebracht und... ob dieser Tat ist er jetzt erschrocken...
Ja was soll man dazu sagen? ... Ein halbnacktes Wesen im Bett... Der andere hält die Hand vor den Augen... Ja, nehm' halt an, wenn, wenn ich das... so interpretieren darf, daß er, daß er das Mädchen, vielleicht hat sie sich ihm verweigert und er hat's erwürgt! (betont)
Ja weil sonst ist ja keine Waffe da und man sieht halt...Sie hat die Hände... Das ist vielleicht ein Beweis dafür, daß es umgebracht wurde, weil die Hände runterfallen, also leblos, gell wenn einer... normalerweise... lebt, dann schränkt er die Arme, verschränkt er die Arme, aber so, also das Mädchen

ist auf alle Fälle umgebracht worden... und der gute Mann, der... bedeckt jetzt seine Augen über das, was er jetzt angerichtet hat...
Also, Bestürzung über die Tat...
Also er ist sich praktisch... dessen nicht bewußt, was er da angerichtet hat, nicht... im Affekt (macht Handhaltung nach)...
In dem Moment wo ich,... ja ja wo ich die eine Hand ja die eine Hand, die ... streckt er die so von sich... das würde vielleicht aussagen wollen bedeuten, daß er das doch nicht wahrhaben will, nicht?
Er weiß bloß, daß ers gemacht hat, aber er wills nicht wahrhaben

I: Mhm...

P: Kann ich so deuten, ich hab zwar noch niemanden ... Also, so würde ich das deuten, nicht...
Oder, wenn man, man kann auch sagen... ja, er bedeckt seine S..., diese Handbewegung, daß er sich jetzt der Tat schämt... Ja mei,... was heißt...
Und vielleicht zu, dazu... zu...
Er ist sich der Tat bewußt, er schämt sich und es ist ihm nicht, moment, momento zurück! Er ist sich der Tat nicht bewußt, aber er schämt sich, also er ist sich der Tragweite noch nicht bewußt, gell?
Er schämt sich
Na ja, man muß ihn jetzt natürlich, was sie jetzt was wird die nächste Reaktion sein? Läuft er jetzt davon?... oder stellt er sich? Er wird sich stellen ...
Denn, mei... die Reaktion auf eine Art, so eine Tat wäre ja, sagen wir, es tut einer bewußt nicht, dann, äh, Stellt er sich nicht so in Positur, sondern er versucht vielleicht Spuren zu beseitigen und dann möglichst schnell zu verschwinden.

Tafel 14

P: Bevor ichś vergesse, fällt mir grad ein... Das könnte z.B.... der Umschlagdeckel einer Schallplatte sein... Man müßte bloß den nötigen Text dazu... schreiben... Ja, da würde dann, würde man vielleicht heraus finden, daß der junge Mann ... also wollen wir die Phantasie spielen lassen...

I: Mhm...

P: Vielleicht ist er romantisch veranlagt... an irgendeinem schönen Sommerabend... öffnet er das Fenster seines Zimmers... und schaut den Sternen nach ... ja ja, beginnt zu träumen (gequält)... nachzudenken, Wünsche zu äußern, stille Wünsche zu äußern, daß er jetzt für sich, nicht laut. Was ihn bewegt. Vielleicht hat er Fernweh. Na, es sind viele Möglichkeiten.
... Na, ich für meinen Teil würde, wenns ich wäre, würd nur in die Sterne gucken... nicht wahr, wenn man Sterne betrachtet, kann man vieles, vieles assoziieren... Die Grundtendenz, die Grundtendenz... des Überlegens und des Nachdenkens würde dann so aussehen, daß man sich dann als Mensch außerhalb der Mitte stellen muß... und zwar, daß man nicht der Mittelpunkt selber ist des Geschehens, sondern... Nichts! oder nichts ist nicht viel aber sehr wenig, ganz wenig. Naja, ich... wissen Sie woher ich auf diese Idee, also darauf komme? Ich habe keinen Urlaub, ich war voriges Jahr auf Kur in Bad Reichenhall, gell, und das war im Frühjahr... und da hatś so klare Nächte gegeben, wissen Sie. Da bin ich abends oft spazierengegangen, habe ich mich an einen Fleck hingestellt und habe raufgekuckt, nicht. Und je länger der Abend, um so mehr Sterne und je heller, also, je klarer die Luft, umso erhabener der ganze, also das ganze Firmament. Sagt man das? das Firmament?

Ja, meine dann, wenn man dann so sich hineinschaut sagt man, was soll das alles? Wenn man dann wieder Mensch wird, dann sagt man, in dem Fall Individuum, sagt man: was soll das? Wer, was bist Du? Nichts, nicht, brauchst bloß da raufschauen. Also in dem Fall wird man so klein, wenn man, wenn man nicht selbstherrlich, sondern wenn man ehrlich ist, gell? Sagt sich dann... Hier ist es noch nicht so so so schön zu sehen. Wissen Sie, wos am schönsten war? Und zwar war das in Rußland. Über den Wäldern, wissen Sie!

Tafel 15

P: Also ich komm mir vor, wie der Dr. Faustus. Also dies ist zumindestens... auf einem ... Friedhof... Ein Mann, (schnauft)... gramgebeugt... inmitten vieler Gräber... Ja, wen beweint er? Ja, wahrscheinlich einen nahen Angehörigen... Man hat so das Gefühl, daß er Zwiesprache hält... Die Hände zum Gebet gefaltet...
Die Gesichtszüge, die Gesichtszüge deuten tiefe Trauer (wendet Blatt und beißt auf Finger)...
Ja, was auffällt, die Grabsteine, na das ist normal auch natürlich, Grabsteine halt, teils glatte Form, teils in Kreuzform... Aber was mir auffällt, daß keine Ordnung herrscht unter den Gräbern, unter den Grabsteinen, da ist willkürlich, willkürlich in die Landschaft hineinversetzt, ja vielleicht gehört das... vielleicht gehört das so dazu?
Ja viel kann ich eigentlich dazu nicht sagen.

Tafel 16

P: Wissen Sie, was ich nicht vertragen kann?

I: Nein?

P: Ja, da ist gar nichts drauf! (dreht das Blatt um)
Also in etwas hineindenken
Ja... da kann ich Ihnen gleich etwas dazu sagen:

Ich würde nie ein Anhänger von Picasso werden oder ... wie sie alle, wie sie sich nennen, die die die ... Surrealisten und und wie sie, wie sie klassifiziert werden. Wenn ich ein Bild mir anschau und es soll mir gefallen, muß Ordnung in dem Bild herrschen. Also weder die naive Malerei noch sonst ein... bin ein ausgesprochener Naturalist. Also, also von der Ordnung her und von der Perspektive her, gell, also das Bild muß, ob das jetzt eine Landschaft ist oder also oder oder ein Portrait... Es muß dem entsprechen, so wie ichś sehe, nicht so,wie ich mirś vorstellen könnte. Also wenn ich mir so vorstell', ganz einfach, ganz einfach: Ein Bach, quer durch das Bild... rechts und links in gewissen Abständen schöne Weidenbäume... Dann links und rechts Felder, und zwar richtig geometrisch richtig, geometrisch richtig. Da auf dem einen da ist also ein Weizenfeld, schön, daß man die Weizenähren richtig so,richtig... daß sie aus dem Bild hervorstehen. Oder eine Wiese, eine saftige Wiese mit mit... allen möglichen Butterblumen und Kornblumen, Stiefmütterchen, so richtig bunt. Und wieder,ein Acker meinetwegen, mit mit Maiskolben, er kriegt sie schon... Ja... dann irgendwo ein... Weidenbäume, so ein kleines , so ein kleiner Piepmatz da sitzen sehen, wie er den Schnabel aufreißt... Auf dem Gewässer selber so mit Abständen ein, ein ein ein Wildentenpärchen, das so die Jungen hinter sich herzieht...
Auch eigentlich ein Stück vom Himmel, der schön blau, blau ist, so richtig so mein' ich, kräftig, ab und zu mal eine weiße Wolke dazwischen rein, hineingeschwindelt.
Das, sowas würde mir gefallen.
Ich mag die Natur so gern, aus dem Grund, weil ich da so gern bin.

Tafel 17

Also das ist ein, mehr oder weniger, ein Turner, zumindest einer, der sich bemüht an dem Strick dort, der da hängt, weiter raufzukommen. Dem Betrachter fälltś auf, daß er eigentlich Freude und Spaß an der Kletterei hat, weil die... von vor Anstrengung gezeichnet kann man nicht sagen, daß sein Gesicht ist. Im Gegenteil, der freut sich drüber ... weil diese Art von von Hanteln, Naufhanteln ziemlich, ziemlich schwer ist, gell?
Aber aufgrund seiner körperlichen Statur und seines athletisch gebauten Körpers wird es ihm wahrscheinlich keine keine Schwierigkeit machen, da noch weiter sich außerhalb des Bildes zu bewegen. (lacht)
Na ja, wenn manś, wenn man so seine Phantasie spielen läßt, dann meint man, der klettert da jetzt so weit, bis er aus dem Bild verschwindet...
Auf alle Fälle ist die... das fließt, gell also da sieht man, daß alles mitspielt, da ist nichts verkrampftes im Bild. Nicht so einer, der dann so dort dranhängt und versucht... es fließt. Die Zehen hat er angezogen, das ist eigentlich nicht so üblich, wenn man da so klettert.
Weil man kann sich da auch festhalten...
Ja, vielleicht blickt er nach einem nach, der da ... auf einem anderen Seil auch das Gleiche versucht und freut sich drüber, daß er schon weiter droben ist als wie der andere. Also zumindesten er schaut dem anderen zu, ob erś genauso gut kann, wie er selber.

Tafel 18

... Wenn man jetzt wüßte, ob das Männer oder Damenhände sind, Frauenhände, die da sich so... von hinten an den ranschleichen, dann könnte man... schon eher etwas konstruieren.

Na mehmen wir mal an, es sind Frauenhände, Gesicht sieht man ja nicht. Diese mehr oder weniger zärtliche Umarmung wahrscheinlich bereitet ihm irgendwie ein angenehmes, prickelndes Gefühl...
Ja, was soll man da mal weiter denn sagen?
Aus der Tatsache heraus, daß er die Augen niedergeschlagen, daß der die Augen geschlossen hat... (schnauft) würde ich meinen, er wünschte sich, daß das noch länger so bleibt.

Tafel 19

(dreht das Bild) Na, das gibt's ja nicht!
Sehen Sie das ist das, das ist das, was man, wo man nicht weiß `und was blüht dir jetzt?´gell?
Aber anscheinend wird es das sein.
Na ja und da das nun anscheinend surrealistisch ist, muß man wahrscheinlich was surrealistisches denken, hm?
Ich würde sogar, das ist eine, eine verschneite Hütte mit einem Schornstein drauf... zwei Fenstern, an denen sogar Vorhänge dran sind. An den Fenstern stehen...
Sauber! Mei, da würde ich Ihnen aber was erzählen wollen! Womit der Eine den andern aufhängt. Ich hab einmal ein Bild gesehen, wo ein, wo ein Riesenvieh, der hat's Maul aufgerissen, gell, und da hat es alles verschlungen, was da hineingegangen ist. Und so ungefähr könnte ich mir denken, daß man dies auch so interpretieren kann. Gell, obzwar das keine Kiemen sind, die Ausläufer da, aber das spielt ja keine Rolle, ich mein, in der Kunst gibt's ja Narrenfreiheit. Also ich würde mir so vorstellen, daß das ein Häuschen ist, das irgendwo durch was weiß ich durch eine Überschwemmung aus ihren Ankern, aus aus aus den Ankern gerissen wurde, ins Meer hinein gezogen wurde und da plötzlich ein Ungeheuer kommt,

das den Mund weit aufreißt und das Gebilde da verschlingen möchte.

Tafel 2o

(murmelt) Also mit den Sachen, da kann ich nichts anfangen.
Also, so ist das, Na ja, also das ist etwas ganz tristes. Alles was, das ist so Novemberstimmung... Nebel... Alles nur schemenhaft...
Also die Figur, die sich da in dem Raum bewegt, na was kanns sein, vielleicht ist es ein Uniformierter, gell, da er eine Kappe aufhat...
Nicht, daß ich jetzt falsch assoziiere, da tät ich sogar behaupten, daß er da entlang eines Zaunes geht und da, da auf der Seite ist ein Zaun,gell? Das ist ein Soldat oder irgendwie einer, der da irgendwas bewacht... Menschen vielleicht.
Und da ja solche Leute meistens möglichst anonym bleiben wollen, um nicht später nochmal zur Rechenschaft gezogen werden, hat man die Gesichter von Haus aus weggelassen...
Ja, das schaut aus wie ein Pfahl oder Zaun, könnte man auch sagen,wenn mans nochmal anschaut, daß das eine Gaslaterne ist, die den Hintergrund ein bißchen erhellt, überhaupt eine Laterne, die das Vorfeld irgendwie vollendet, aber der Hintergrund ist düster, trist. Alles schemenhaft, nur keine klare Aussagen, genauso wie diese Figur, die sich da, der Mann, der sich da drin bewegt, also.
Bilder, die zu meiner Anschicht, die nichts aussagen, beinhalten auch nichts gutes, gell, also.
Das ganze ist eine traurige Angelegenheit sowohl für den Betrachter als auch der, der da seinen Aufgaben nachgehen muß.

3.1.3. TAT-Auswertung Patient 2

1. Serie

Tafel 1:

1. Thema: Verzagen, Minderwertigkeitsgefühle und Widerwillen gegen die von der Autorität gestellte Aufgabe, Höheres zu werden.
2. Situation: Persönliche Reifung
3. Verlauf: a) Der Junge soll anspruchsvolle Dinge lernen - Unbehagen, Widerwillen und Verzagtheit - Aufgeben, das als Versagen empfunden wird.
   b) Ausgang: Versagen aus mangelndem Selbstvertrauen.

Bemerkung: Es zeigt sich die Parallele zu Leben des Patienten, der hoch leistungsmotiviert und ehrgeizig ist, jedoch aus mangelndem Selbstvertrauern und Versagensangst beruflich die erhofften Ziele nicht erreichte und einen sozialen Abstieg durchmachte.

Tafel 2:

1. Hoffnung auf erfolgreiche Zukunft durch Bemühtsein.
2. Drei voneinander isolierte Personen hoffen jeder für sich das Beste.
3. a) Drei parallele Episoden:
   Bauer: Sät - Hoffnung auf gute Ernte.
   Mutter: Gute Hoffnung (schwanger) - Wünsche für ihr Kind.
   Tochter: Zukunftsorientiert - unsicher in ihrer Hoffnung.
   b) Jede der Episoden ist von vager, unsicherer Hoffnung geprägt.

Bemerkung: Jede der drei Personen symbolisiert einen Teilbereich des Lebens des Patienten, dessen Stimme deprimiert klingt. Seine Hoffnungen haben sich nicht erfüllt.

Tafel 3:

1. Die Haupterson erlitt einen schweren Schicksalsschlag und bemühte sich danach nicht, damit fertig zu werden, sondern brachte sich um, was moralisch verwerflich ist, da jeder Mensch die Pflicht hat, Rückschläge zu verarbeiten, anstatt aufzugeben.
2. Alle Lebenshoffnungen erscheinen durch ein Unglück begraben und der Ausgang ist Suicid.
3. a) Unglück - Ende aller Hoffnungen - Suicid aufgrund menschlicher Schwäche.
   b) Der Patient stellt sich selbst dar, indem er darauf hinweist, daß es für ihn schon oft solche Situationen gab, aber er sich mühte, darüber hinwegzukommen ("gibt Schlimmeres").

Bemerkung: Der Patient ist an den Schock des Unfalltodes eines Sohnes erinnert. Er hat strenge ethische und moralische Kategorien, nach denen jeder sein Schicksal tragen muß. Einerseits ist er von Fatalismus ergriffen, andererseits ist seine Devise durch eigene Leistung das Schicksal beeinflussen. Er schwankt zwischen Hoffnung und Depression.
Perseveration von Tafel 2.

Tafel 4:

1. Werbung und Abweisung.
2. Der männliche Partner ist beleidigt und abweisend, die Frau weist harte Züge auf, ist aber insgesamt weich und werbend.
3. a) Frau wirbt - Mann weist ab - Ausgang ungewiß.

Bemerkung: Patient hat starke Insuffizienzgefühle wegen seines Phantasiemangels. Erzählung kaum verwertbar.

Tafel 5:

1. Erschrecken und nicht sehen wollen einer unangenehmen Erkenntnis.
2. Abwehrsituation.
3. a) Lärm als Signal - unangenehme Erkenntnis - Zaudern - Nicht-sehen-wollen - Schuldgefühle wegen Eindringens - Harmonisierungsversuch.

Bemerkung: Der Patient legt seine Abwehrstrategie des Ungeschehenmachens dar. Er wehrt inhaltliche Phantasien ab und versucht eine harmaonisierende Lösung zu finden.

Tafel 7:

1. Der Vater will dem Sohn Ratschläge erteilen, stößt aber auf Skepsis.
2. Ablösebestrebung des Sohnes, Durchsetzungswunsch gegenüber dem Vater.
3.a) Diskussion - Sohn ist skeptisch, - abwartend, widersprechend - Vater ist ebenfalls abwartend - Zweifel.
   b) Zweifel am Sinn von guten Ratschlägen.

Bemerkung: Der Patient flüchtet sich in Allgemeinplätze und zeigt wieder starke Insuffizienzgefühle bzgl. seiner Phantasierfähigkeit.

Tafel 8:

1. Der Sohn brachte den Vater aus Konkurrenzgründen (Liebschaft) um/verletzte ihn und ist kühl abwartend bzgl. dessen Überleben.
2. Ödipale Situation.
3. a) Konkurrenz Vater-Sohn - Mord/Verletzung - Arzt bemüht sich - Sohn wartet ab.
   b) Abwartend kühle Haltung zu Überleben des Vaters

Bemerkung: Perseveration von Tafel 7: Kühle und ab-

wartende Haltung des Sohnes zum Vater.
Der Patient wehrt seine Mordideen ab, verlagert sie in Träume und Phantasien der Hauptperson, versucht über die Deutung der graphischen Darstellung seine Phantasie ungeschehen zu machen und verlagert die Impulse der Hauptperson in Suicidhandlung der Vaterfigur.

Tafel 9:

1. Männer ruhen sich aus
2. Wertung als Faulenzer.
3. ---

Bemerkung: Die Erzählung ist unergiebig, banale Beschreibung. Ablehnende Wertung, da Faulenzer nicht dem Leistungsideal entsprechen.

Tafel 10:

1. Mutter bietet Tochter nach schwieriger Situation Trost.
2. Schützende Mutter hilft Leid überwinden.
3. a) Leid - Aussprache mit Mutter - Gutes Wort hilft Leid zu ertragen.
   b) Trost durch Mutter.

2. Serie

Tafel 11:

1. Ein mächtiges Lebewesen, zugleich Mutter und (be-)drohender Wächter bewacht die hilf- und wehrlosen Jungen.
2. Bedrohende und beschützende Mutter in apokalyptischer Umgebung.
3. Der Patient gibt nur das Thema vor und verbleibt auf der Beschreibungsebene.

Bemerkung: Der Patient ist gegenüber der Tafel hilflos und verwirrt, er verbleibt auf der Beschreibungsebene. Zugleich zeigt er starke Insuffizienzgefühle. Er setzt den bedrohlichen Elementen Widerstand entgegen und sucht nach einem harmonisierenden Ausgang.

Tafel 12:

1. Der Vater nähert sich der unschuldig schlafenden Tochter, um sie zärtlich-beschützend zu segnen.
2. Abwehr von inzestuösen Wünschen und Verführungsphantasien durch Verlagerung auf religiöse, segnende Haltung.
3. a) Tochter schläft unschuldig - Vater in Versuchung - Umarbeitung des Berührungswunsches in selbstlose Zärtlichkeit - Segnung der Unschuldigen durch den Vater.
   b) Umwandlung des Verführungswunsches in Selbslosigkeit.

Bemerkung: Der Patient verspricht sich einmal: Es kann sich anstatt der Tochter auch um einen Knaben handeln.

Tafel 13:

1. Mord im Affekt an einem Mädchen, das sich dem Mann verweigert hat.
2. Eine schwere Enttäuschung führt zu einem Ausnahmezustand bei der Hauptperson. Außereheliche Beziehung.
3. a) Verweigerung des Mädchens - Mord im Affekt - Verleugnungsversuch des Mörders - Scham - Mörder stellt sich.
   b) Als der Verleugnungsversuch scheitert, stellt sich der Täter.

Bemerkung: Der Patient bedient sich einer distanzierten, geschraubten Sprache und gibt sich gefühllos. Er

fällt mehrmals in die Ich-Erzählung, verbessert sich aber sofort. Er verwendet banale Redewendungen und stottert manchmal.

Tafel 14:

1. Selbstverwirkluchungsstreben und ein Ausbruchsversuch werden durch Bescheidenheit und Resignation abgelöst und zurückgedrängt.
2. Expansionsbestrebungen weichen der Resignation.
3. a) Die jugendliche Hauptperson hat noch Ausbruchsphantasie - im Alter ist sie bescheiden und resigniert mit religiösem Einschlag.
   b) Die Lebensziele der Jugend wurden nicht verwirklicht, es bleiben das Bewußtsein von der eigenen Unbedeutendheit und Resignation.

Tafel 15:

1. Trauer um nahen Angehörigen.
2. Friedhof mit Trauerndem. Der Friedhof ist "Unordentlich", der Tod "willkürlich".
3. a) Verlust - Trauer.

Bemerkung: Der Patient kann nicht viel zu der Tafel sagen, er fängt mit einem ironisch distanzierten Satz an und bricht dann ab. Die Stimme klingt depressiv. Der Tod sienes Sohnes erscheint ihm recht "willkürlich" und "nicht in Ordnung".

Tafel 16:

1. Bedürfnis nach Ordnung und Klarheit.
2. Der Patient beschreibt ein Naturbild, in dem alles "richtig geometrisch, richtig bunt, richtig kräftig" ist.
3. a) Beschreibung eines idealen Naturbildes.

b) Der Wunsch des Patienten nach Natur, der er sich so fern fühlt, wird deutlich.

Bemerkung: Perseveration von Tafel 15: Ordnungsbestreben, um bedrohlichen Elementen Einhalt zu gebieten.

Tafel 17:

1. Durch Leistung und Geschick sich über die anderen mit Leichtigkeit erheben.
2. Konkurrenzsituation und Aufstiegsproblematik.
3. a) Aufstieg ohne Anstrengung - Vergleich mit Konkurrenz - Freude über Bessersein - Ziel ist, über das Bild hinauszugelangen.
   b) Grandiose Vorstellung, alles überwinden zu können und der Beste zu sein.

Bemerkung: Der Patient wehrt seine Freude über erfolgreiches konkurrieren mit einem Harmonisierungsversuch ab.

Tafel 18:

1. Zärtliche Begegnung mit einer Dame.
2. Überraschung durch die plötzliche Begegnung, die fast aus dem Hinterhalt zu kommen scheint.
3. a) Überraschende Umarmung von hinten - angenehmes Empfinden - Wunsch nach andauernder Zärtlichkeit.
   b) Wunsch nach andauernder Zärtlichkeit

Bemerkung: Abweichung von der thematischen Valenz Der Patient schwankt, ob es sich um eine männliche oder weibliche Person handelt, die die Hauptperson von hinten umarmt.

Tafel 19:

1. Widerstreit zwischen Geborgenheit und plötzlichem

Halt-verlieren und Verschlungen-werden.
2. Die Situation der Geborgenheit ist überlagert von vernichtender Naturgewalt und tödlicher Gefahr.
3. a) Äußerst gemütliche Stätte - birgt bereits Gefahr in sich - Katastrophe durch Naturgewalt - Ungeheuer möchte alles vernichten.
   b) Drohende Vernichtung durch Ungeheuer, Ausgang ungewiß.

Bemerkung: Wieder soll Ordnung und Sauverkeit die Urbedrohung abwehren helfen (s.a. 15,16)

Tafel 20:

1. Anonyme Bedrohung durch Bewacher.
2. Deprimierende Erfahrung des Bewachtwerdens durch anonyme Macht.
3. ---

Bemerkung: Der Patient ist übermüdet. Seine Depression kommt durch. Perseveration von Tafel 19.

Längsschnittanalyse

Häufigstes Thema ist die Lebensbewältigung, die durch aktives Handeln beeinflußt werden kann. Es perseveriert in den Tafeln 1 - 3, erscheint in 14 und perseveriert in 16 und 17 nochmals. Diese Lebensbewältigung wird variiert durch den starken Mangel an Selbstvertrauen des Patienten, seinem Widerwillen gegen Anforderungen (1), Hoffnung auf Erfolg durch eigenes Bemühen (2,17), Versagen durch Selbstaufgabe (3), durch Resignation, die zur Selbstbescheidung führt (14), sowie im Entwurf eines Lebens-idealbildes (16), das durch strenge Ordnung, die Halt vermitteln soll, geprägt ist.

Dem gegenüber steht die existentielle Bedrohung durch apokalyptische Naturgewalt (11,19), eine bedrohliche Mutterfigur (11) und schwer greifbare, finstere Mächte (20). Der Bedrohung stellt der Patient die Ordnung als schützenden Faktor im Leben entgegen, so dem Tod als Repräsentanten von Unordnung und Willkür (15) in Perseveration des Themas ein geradezu geometrisch-ordentlic-es Weltbild (16). Dieser Wiederstreit der Prinzipien taucht nocheinmal auf (19).

Die Bezeihung der Mutter zu ihren Kindern erscheint in 6,5,10 und 11. Dabei perseveriert das Mutter-Sohn-Verhältnis in 5 und 6, wobei jeweils Verfehlungen des Sohnes, Ertappt-werden und Liebesentzug durch die Mutter (6) thematisiert werden. In der Erzählung 11 erscheint die Mutter ambivalent als beschützend und bedrohlich zugleich. Das Mutter-Tochter-Verhältnis (10) unterscheidet sich davon deutlich, die die weibliche Hauptperson, die für feminine Anteile im Patienten steht, erhält tröstende Zuneigung.

Die Kühle und distanzierte Beziehung des Sohnes zum Vater perseveriert in 7 und 8. Thematisiert werden Skepsis des Sohnes, Ablösebestrebungen und Mord am Vater.

Ein Vater-Tochter-Verhältnis wird in 12 geschildert, wobei die Verführungshaltung der Tochter und die Inzestwünsche des Vaters sowie deren Abwehr noch dadurch ein besonderes Schlaglicht erhalten, daß es sich anstatt einer Tochter auch um einen Knaben handeln kann und sich, wie auch in 10 und 18 passiv-feminine homosexuelle Tendenzen andeuten.

Die Partnerbeziehung des Patienten taucht in 2,4,13 und 18 auf, wobei in 4 der Mann die werbende Frau abweist, in 13 die Frau wegen ihrer Verweigerungshaltung ermordet wird, und in 18 eine zärtliche Überraschung mit einer Fremden (bemerkenswerterweise in Ab-

weichung von der thematischen Valenz) dargestellt wird und sich Wünsche nach außerehelichen Beziehungen andeuten. In Tafel 2 werden die Mitglieder einer Familie beziehungslos nebeneinander dargestellt.

Insgesamt wird die starke Leistungsmotivation des Patienten deutlich, der häufig an Insuffizienzgefühlen leidet (1-8,10,11).

Ein übergreifendes Thema stellt der Objektverlust dar, der in 9 Tafeln mithereinspielt (3,4,6,7,8,11,15,19 und 20). Der Verlust von Personen oder Sachen erscheint in 4,6,7,8 und 15, das endgültige Nichterreichen von Lebenszielen in 3 und die Frustration von Versorgungswünschen in 6,7,11, und 19. In dieser starken Betonung des Themas spiegeln sich sowohl die existentiellen Ängste als auch die depressive Struktur des Patienten wider.

Ein häufig verwendeter Abwehrmechanismus bei konfliktbeladenen Themen sind Harmonisierungsversuche. Der Patient flüchtet sich weiterhin gern in Allgemeinplätze und Sprichworte. Wie unbehaglich ihm bei Erkenntnis unerwünschter Inhalte ist, zeigt die Erzählung 5: Er verleugnet, verharmlost und harmonisiert. Notfalls vermeidet er Inhaltliches, verfällt auf die Beschreibungsebene und bedient sich einer geschraubten Sprache.

Schlußbetrachtung

Der TAT beleuchtet einige Problembereiche des Patienten zusätzlich zur Anamnese und ist in der Lage, neue Aspekte aufzuzeigen.

Der Patient schildert seine Mutter als "Seele von Mensch", die oft beruhigend wirkte und einen Ausgleich zum Vater darstellte. Im TAT hat die Mutter strafenden kontrollierenden Charakter und droht mit Liebesentzug.

Zum femininen Anteil des Patienten ist sie dagegen voll Zuneigung. Diese Ambivalenz der Mutter tritt besonders deutlich in Tafel 11 auf.

Der Vater wird vom Patienten als sehr streng, korrekt und strafend geschildert. Trotz dieses Verhaltens stellt der Patient seine Beziehung zu diesem als "nicht schlecht" dar. Im TAT dagegen erscheint das Verhältnis zum Vater kühl und distanziert. Der Patient phantasiert Ablösebestrebungen und Todeswünsche gegenüber dem Vater.

Über seine Ehe läßt der Patient ein, schon 35 Jahre "... mit ein und derselben Frau auch noch dazu ..." verheiratet zu sein, was er für "ehrenswert" und "immerhin schon beachtlich" hält. In diesem Bereich ist er, wie im beruflichen, stolz auf sein Beharrungsvermögen und verleugnet seine Aggressionen. Der TAT zeigt allerdings den Patienten als abweisenden Ehemann, der gewalttätig bis zum Mord sein kann und Neigung zum Fremdgehen hat.

Wie auch anamnestisch festgestellt, ist die Lebensbewältigung durch Leistung ein zentrales Thema im TAT. Die überstarke Leistungsmotivation des Patienten zeigt sich vor allem in seinen ihn hemmenden Isuffizienzgefühlen. In Tafel 17 kommen grandiose Selbstüberschätzungstendenzen zum Vorschein. Die den Patienten umgebende existentielle Bedrohung, die in der frühesten Kindheitserinnerung ebenfalls auftaucht, versucht er durch Schaffung strenger Ordnungsprinzipien zu mildern. Ebenso wie in der Anamnese ist im TAT der Objektverlust ein bedeutendes Thema. So verwundert es nicht, daß die depressive Komponente in seiner Persönlichkeit großes Gewicht hat. Seine aggressiven Gefühle, zu denen er sich in der Anamnese mehr oder minder bekennt und zum Teil, so die gegen

seine Frau, auch unterdrückt, treten im TAT viel deutlicher zutage. Aber auch im TAT bemüht er Verleugnung und Harmonisierung zur Abwehr.

Das bislang ungelöste Dilemma des Patienten, einerseits starken Ehrgeiz und Leistungswillen zu besitzen, andererseits sich als Versager zu fühlen, sowie die ungestillten Expansionsbedürfnisse, die im Widerstreit mit seinen engen Bindungswünschen stehen, und die unterdrückte Aggression, stellen für ihn krankmachende Faktoren dar. Hinzu kommen ausgeprägte Abwehrmechanismen, die eine Somatisierung fördern.

3.2. Patient 9

3.2.1. Anamnese Patient 9

Der 39-jährige Patient erlitt seinen ersten Gichtanfall im Alter von 34 Jahren im rechten Sprunggelenk. Seiner Aussage nach war es ein "extremer Gichtanfall". Insgesamt bekam er seither zwischen 30 und 40 weitere Anfälle an Großzehengrund-, Hand- und Sprunggelenk, den letzten 4 Wochen vor der Untersuchung. Er bemerkt dazu:"... die letzte Zeit, toi,toi,toi...". Die Anfälle kamen für den Patienten aus unerfindlichen Gründen, "völlig aus dem Nichts". Er fühlt sich schuldlos und ausgeliefert. Zu situativen Komponenten seiner Anfälle kann er nur angeben, daß sie sich im Frühjahr und im Herbst, "wenn die Blätter fallen..." häufen. Bei dieser Bemerkung lacht der Patient.

Er machte in en äußerst gepflegten Eindruck, und trägt schweren Gold- und Silberschmuck. Er war anfangs etwas ungeduldig und erschien latent aggressiv, was sich in rigorosem, dominantem, von Selbstüberschätzung geprägtem Verhalten äußerte. Er erzählte viel, wirkte dabei aber nicht immer überzeugend. Sein erster Satz beim Betreten des Untersuchungszimmers war: "Also, das mit dem Alkohol ist bei mir nichts...".

Er charakterisiert sich als leicht nervös und, wie er es ausdrückt als "Mimoserl". Er sagt: "Ich bin ja so furchtbar sensibel auch, gell" und "i bin schon ein bißel, so ... innerlich, wissen´S. Andererseits behauptet er von sich: "Ich bin keiner, der da irgendwie auf sentimental macht". Er hält sich für den intelligentesten seiner Geschwister, weiter meint er, "der Stärkste war ich schon immer". Er hält sich zudem für findig, wendig und clever.

Der Patient liebt elegante Kleidung, sportliche und teure Autos, Frauen und lebt gerne auf großem Fuß. Ein

früheres Hobby von ihm war der Boxsport.

Er wuchs in armseligen Verhältnissen auf, versucht dies aber abzuwehren, indem er feststellt, "Hunger gab´s nie". Zu seiner Mutter (+36) hat er, ohne sich darüber bewußt zu sein, ein ambivalentes Verhältnis. Er bezeichnet sie, die aus finanzieller Not als Zeitungsausträgerin und Putzfrau arbeiten mußte, sehr sparsam lebte und fast nie zuhause war, treffend als "unbeschreibbare Frau" und "die war wirklich eine Seele von Mensch, gell". Er bringt ihr übersteigerte Verehrung entgegen, wenn er sagt, "normalerweise müßte sie eine Heilige gewesen sien". Er betont, "wenn eins so a Mutter hat, dann ist er wahrscheinlich sowieso sehr glücklich. I bin´s auf jeden Fall gewesen".

Sein Vater (+30) war Straßenbauarbeiter und starb, als der Patient 17 Jahre alt war. Er verdiente wenig. Der Patient erlebte ihn kaum, "denn unser Vater war den ganzen Tag in der Arbeit". Nach dem Tod seines Vaters arbeitete der Sohn als Hilfsarbeiter, um die Mutter zu unterstützen.

Er hat "zwei Stück" Schwestern (+3, +11), zu denen er keine gute Beziehung hat, was aber vor sich nicht zugibt. Er meint, "naja, versteh´ mich schon mit denen", es gäbe "keine gröberen Schwierigkeiten".

Seine früheste Kindheitserinnerung an einen Bombenangiff ist von existentieller Bedrohung und Angst, sowie von Verlassenheitsgefühlen geprägt:"... die ganze Sendlingerstraße in Flammen". Bezugsperson ist die Mutter, die sich um die Rettung der Habseligkeiten kümmert.

Beruflich qualifizierte er sich vom Kfz-Gesellen zum Physiklaborant. Bei seiner derzeitigen Arbeit überanstrengt er sich nicht und nützt die Freiräume, die sich ihm bieten.

Er ist seit 18 Jahren verheiratet und hat eine 13-jährige Tochter. Seine Frau ist Personalchefin und in ihrem Beruf sehr energisch. Er charakterisiert sie als sehr korrekt und mit festem Willen: "Die ist hart, viel härter wie ich". Er sagt über sie "Mei´ Frau ist schon in Ordnung, möchts auch nicht missen". Er führt eine Versorgungsehe, braucht aber ständig Abwechslung. Seine Seitensprünge und Nebenbeziehungen, die eher kühl sind, und bei deren Zustandekommen er sich als schuldloses Opfer fühlt, hält er geheim. Er fühlt sich durch sie geschmeichelt und in seinem brüchigen Selbstvertrauen gestärkt. Er würde sich auch nie scheiden lassen, denn er weiß, "von der (Ehefrau) könnt´ ich alles haben" und lacht dabei.

Er liebt das gute bürgerliche Essen, behauptet, Wein nicht zu mögen ("nur den Süßen") und kann sich nicht damit abfinden, Diät einzuhalten.

Der konstitutionell vitale Patient zeichnet sich durch starken Drang nach Geltung und Anerkennung aus. Die Kraft für seine Ausschweifungen schöpft er aus der gesicherten häuslichen Atmosphäre. Er lebt in dem Spannungsfeld zwischen dem Wunsch nach Freiheit und Expansivsein einerseits und dem Wunsch nach Geborgenheit, Häuslichkeit und Abhängigkeit andererseits. Dies macht ihn krank, wobei ihm allerdings tiefere Einsichten verwehrt sind, auch wenn er einläßt, "vielleicht hat die Krankheit da irgendwas ... Richtung Psyche zu tun, gib i zua, ehrlich!" Er flüchtet sich gerne in Größenideen, wenn er sagt: "ich hoff´,daß ich´s eines Tages bezwingen werde" (die Gicht). Um diese und andere Größenideen aufrechterhalten zu können, setzt er ständig die verschiedensten Verleugnungsmechanismen ein. So wird er nicht mit seiner Bindungsunfähigkeit, den Verlassenheitsängsten und der tiefer liegenden Depression konfrontiert, da es ihm zudem gelingt, sie durch Überkompensation (Frauen, Autos, Alkohol, Geld) abzuwehren.

3.2.2. TAT - Protokoll Patient 9

1.Serie

Tafel 1

P: ... was soll man da sagen...?
Der sitzt vor seiner Geige dorten..., ganz verträumt anscheinend betrachtet er, also ..., meines Erachtens ..., entweder ist er froh, daß er schon fertig ist mit dem Spielen..., oder er denkt 'heut mag ich nicht', oder was.

I: Mhm...

P: ...kann das nicht feststellen...
Also, wie's ausschaut, ist er nicht sehr erpicht, daß er da recht viel spielt heute...

I: Mhm..., und wie wird das ausgehen, so...?

P: Wie's ausgeht...? Also ich glaub', daß das so ziemlich das letzte Mal war, wo der gespielt hat! (lacht dabei)

I: Mhm..., und was wird er anstatt dessen machen...?

P: ... kann ich mir nicht vorstellen, was er macht... (brummelt). Das Einzige, was ich sagen kann, daß er einen anstängigen Haarschnitt hat, er ... aber das ist schon das Einzige (prustet).

I: Ja, das war ganz gut so, fällt Ihnen noch etwas ein...?

P: Ja, ich weiß, nicht, was...

Tafel 2

P: Ja, ... Bauer von anno dazumal ... Scheint eine sehr fruchtige Gegend zu sein... Das Pferd sieht man leider nimmer im Einsatz.
... Versteh' bloß das Bild net insofern nicht ganz, ... da ist, ... praktisch der Riesenbauernhof und vorne habens da das Mädchen hingestellt.

... was jetz mehr...
Also der Blickfang ist eindeutig das Mädchen auf der linken Seite da, mit dem Buch... Schülerin, oder was das sein sollte, und rechts die Frau in anderen Umständen...

I: Mhm...

P: Und dann der Mann, der muskulöse! Vielleicht hat er bodybuilding einmal gemacht...
Also der Sinn kommt mir nicht ein bißel... alles nach vorne gedrängt so...

I: Mhm...

P: Kann nichts..., kann nichts anfangen mit dem Bildl!

I: Was könnten die für eine Beziehung zueinander haben, diese Figuren, die da drauf sind...?

P: (holt tief Luft) Die Beziehungen? Ja... meines Erachtens könnten die Beziehungen sein, äh... das ist ein... vielleicht, sehr wahrscheinlich ein Ehepaar, das Ehepaar...

I: Mhm...

P: ... der Mann pflügt den Acker... die Frau... wird vielleicht grad was gebracht haben, stellt sich ein bißl in die Sonne, und die Tochter ist vielleicht auf dem Weg zu Schule...

I: Ja, und was könnte noch so passieren...?

P: ...? (legt die Tafel weg)

Tafel 3

P: (stöhnt) Ja, entweder..., entweder ist das..., weiß nicht was's ist! Mädchen oder Junge? Entweder war's müde und schläft oder ruht sich aus.
Jetzt weiß ich nicht, ist das eine Pistole da!? (zeigt das Bild) Soll das eine Pistole darstellen? Na ja, das kann ich nicht definieren, was das ist.

Bißel eine, bißl eine komische Haltung (lacht) hat's natürlich schon, wenn's schlafen will, weil das... Bißl irrational, wie das daliegt (prustet)

I: Mhm...

P: Mein Gott...!
Das ist irrational, ja. Wie die da daliegt... oder wie sich die da hinsitzt zum Ausruhen...

I: Mhm... und was passiert anschließend so, wenn Sie das sagen könnten...?

P: Also, wahrscheinlich, wenn ihr der rechte Arm eingeschlafen ist, dann wird sie sich, wird sie sich normal hinlegen, hm?
... kann ich mir vorstellen, ... oder sie steht auf!

Tafel 4

P: Na, ... mir kommt's so vor, als wie... der Mann will wahrscheinlich gehen oder ist im Begriff, zu gehen... Das Mädchen himmelt den Mann an..., aber er gibt ihr... wenig Audienz.
Die Folgerung: Das Verhältnis ist wahrscheinlich aus...

I: Mhm... ja, und was könnte so passieren da, im Anschluß...?

P: Was im Anschluß passieren könnt'?
Die werden sich wahrscheinlich nicht mehr sehen (ernste Stimme)...

I: Mhm...

P: Haben wir's dann...? (legt Tafel weg)

Tafel 5

P: Die Dame tritt in das Zimmer ein, sucht da irgendjemand..., mit nicht gerade einem freundlichem Gesicht... und die Schlußfolgerung: Alltag (mit Grabesstimme).

I: Alltag...?
P: Alltag, ja...
I: Mhm..., inwiefern? Also, so...
P: Na ja, die war wahrscheinlich... sie ist gestreßt, sagt sie vielleicht `Komm zum Essen!´ oder was (lacht)... weiß auch nicht (lacht)...
I: Mhm... und wen sucht sie da, wen könnte sie suchen...?
P: Ja, wahrscheinlich ihren Gatten.
I: Mhm...
P: ... oder vielleicht schaut sie auch bloß in den Fernseher rein...
I: Mhm...
P: ... gute Sachen rein... (blickt auf die Uhr)

Tafel 6

P: Ja, irgendwas scheint... passiert zu sein... irgendeine Nachricht, wie auch immer...
I: Mhm...
P: Mhm... und... was soll ich da sagen...?
Ich hoff´, daß es eine gute Nachricht war...
Schauen beide so ein bißl verstört...
Hoffe, keine schlechte...
Kann man nichts draus finden...
I: Was könnte es gewesen sein...?
P: Eine Auseinandersetzung!
I: ... eine Auseinandersetzung...
P: Ja, ich mein´, das kann beides sein, gell... Tante... hat uns eine Million verehrt, oder...
I: Und was noch zum Beispiel...?
P: ... und dann gar wieder Gicht.
Irgendwie, äh... schaun sich beide nicht an...
I: Mhm...
P: Also ist irgendwas, wo, wo... das kann viel sein! Familiendrama! Da gibt´s..., weiß nicht, was man da sagt?

I: Zum Beispiel...?
P: Zum Beispiel. Also, zum Beispiel..., ja... Von... bis..., da kann man..., jaha...
I: Mhm...?
P: Familiendrama, oder irgendwas...
I: Ja...
P: Schaun sich beide nimmer an.
I: Mhm...?
P: Das kann eine Kleinigkeit sein, und kann... ich weiß nicht, was sich sagen soll...
Schluß!
Jaja...

Tafel 7

P: ... da könnt' meines Erachtens ein... eine Unterhaltung sein zwischen Vater und Sohn...
I: Mhm...?
P: über irgend... über irgendein... fachliche Diskussion. Und Schlußfolgerung:... Zufriedenes Zusammensein... oder ein... gutes Miteinander (atmet schwer)

Tafel 8

P: ... das Bild...
Also, mir kommts so vor, als wenn der in einem Lazarett liegt, und eine Notoperation kriegt...
Und... Träumt...
Schlußfolgerung: Wie war es vor... etlichen Jahren. Wie er da sein Ebenbild vor sich sieht...
I: Mhm...was träumt er da...?
P: Naja, wie er da auf der Opera..., auf dem Tisch liegt...
I: Mhm...
P: Wird er wahrscheinlich operiert,. und da träumt er an sein Eben..., läuft dann sein Ebenbild vorbei

und sagt, daß... Mei! Irgendwie, weiß ich auch nicht, wie...
Weil der Junge da, dar hat irgendwie einen Zusammenhang mit dem Bild...

I: Ja...

P: Ich bin zwar kein Deuter (prustet), Sie... ich tät' das ja nie machen, mich interessiert das nicht so...
Ich mein', ich mach' jetzt noch ein paar so Dinger da, aber... Da muß man sich, da muß man sich ja direkt noch was einfallen lassen...! (ganz lebhaft)
Weil, ich weiß auch nicht was...

Tafel 9

P: Sinnloser Test!
Also, ich würd' sagen..., daß alle einen Hut aufhaben... Was das Ganze für einen Sinn haben sollte...?
Wahrscheinlich Militär...

I: Mhm...

P: Bei einer gewissen Pause...
(atmet schwer) Ja, oder... faulenzen, wie man das nennen will.
Und die Schlußfolgerung: ... das ist brutal!
Und die Schlußfolgerung: ... lieber rot als tot!

I: Inwiefern...? Also...

P: Ja, ich mein', das kann ich ja nicht genau sehen, ob das Sodaten sind, aber... gesetzt den Fall, es wär', meines Erachtens, weil jeder so einen Hut aufhat, einen gleichförmigen, dann sag' ich mir halt, lieber rot, bevor es den nächsten Atomkrieg gibt und die sind alle tot! (platzt heraus)

I: Mhm... ja...

P: Weil, was sollens, was soll ich da sagen...? (lacht)

Tafel 10

P: ... ein liebes Ehepaar, oder... Liebespaar... vereint, sie hat die Augen geschlossen, er auch... Sinnlichkeit... verliebtes Pärchen... (atmet schwer und stöhnt)
Und die Schlußfolgerung: ... gesunde Familie mit Kinder... (klingt gequält)

I: Mhm... und was passiert dann anschließend, oder so...
P: Ja..., könnt' ich mir vorstellen...
Da kann man sich direkt alles mögliche vorstellen (schelmisch)
I: Mhm..., was zum Beispiel?
P: Es könnt'... benau so gut ein, ein Liebhaber sein (lacht triumphierend)
I: Mhm...ja...?
P: Es kann aber genauso gut ein, ein Ehepaar sein.
I: Wenn es ein Liebhaber wäre, wie würde diese Geschichte so weitergehen?
P: Wenn es natürlich ein Liebhaber wär', dann kann's natürlich, äh..., wenn sie auch verheiratet ist (prustet los) ja! aber wissen'S, das weiß ich eben nicht, also wenn's ein Liebhaber wär', dann ist sie natürlich nicht so glimpflich. Kann natürlich, äh... negativ ausgehen, die ganze Geschichte.
I: Mhm...
P: Weil dann vielleicht ihr Mann draufkommt und dann irgendwie da... weiß ich nicht...
I: Ja...? Was könnte so passieren...?
P: ...

3. Serie

Tafel 11

P: Sind es viele? Lebens's wir her!
Ja-a, was ist denn da...?
Das schaut aus... wie so eine ... Geröllawine, oder ist das... oder ist das verkehrt? (dreht Bild)
Ja, ich würd' sagen, eine Geröllawine,... (atmet schwer) eine Geröllawine... und da ist so eine Brücke...
... eine Geröllawine...
Was das da vorne ist, das ist fast... nicht zu erkennen... Steht da jemand? (schaut genau hin)
Also, ich würd' sagen, Naturkatastrophe, oder was ... oder Geröllawine...

I: Mhm... und wie geht die Katastrophe aus...? Oder Geröllawine, was passiert da so...?

P: Na, bei der Geröllawine, mei, das, das... ich weiß... entweder ist das Bild schlecht... aber das ist wahrscheinlich absichtlich so gemacht...

I: Mhm...

P: Äh, wie..., was sollte ich denn sagen...?
Bei der Geröllawine da fallen so Riesenbrocken da runter (räuspert sich laut) und laufen so weit, bis sie sich verfestigen, bis sie mal stehenbleiben...

Tafel 12

P: Also, wie soll ich sagen...?
Der schläfert seine Bekannte..., Ehegattin oder Freundin ein...
Vielleicht legt er ihr die Hand auf? Kann man nicht sagen... äh... und als Schluß...

I: Warum schläfert er die ein?

P: Vielleicht verabschiedet er sich von ihr..., weiß nicht.
I: Mhm...
P: Oder er sagt, auf Wiedersehen, und die schläft schon (legt das Bild weg).

Tafel 13

P: (schnauft) Um Gottes willen! Ja, was soll ich da sagen! Ja, ich würd´ sagen..., ts! Das ist ganz komisch! (kratzt sich am Kopf und legt das Bild weg)
Also meines Erachtens... entweder hat er dort geschlafen und ist aufgestanden...,aaber, aber, aber...
Die Hand, die er vorm Gesicht hat, die ist ja total irrational!
Was macht man, wenn man´s so macht?
Puh! Ich versteh´das nicht...
Oder er schämt sich, weil sie nackt im Bett liegt!
Oder..., wenn das nackt sein sollte...
(atmet schwer) Vielleicht ist er zu schüchtern.
Weiß nicht, was ist... Was es da alles gibt!
I: Mhm...
P: Ich weiß nicht..., ist er wahrscheinlich, wahrscheinlich ist er gekommen, auf Besuch oder was, u-und hat sie dann gesehen! Und dann hat er sich weggedreht, weil er schüchtern ist. Hätt´ er´s auch soo machen können, drum, drum, äh... ist das ein bißl...
I: Und wie geht´s aus? Was macht er dann weiterhin?
P: Wie geht´s aus?
Wie sich sehe, ja das ist jetzt eine Frage..., äh... was die Situation soll...
I: Mhm...
P: Wie´s ausgeht...? Dann kann´s aüsgehen, daß...

daß sie ihn doch bekommt und es kann ausgehen, daß er sagt, er geht wieder.
Weiß nicht, wie's da ausgeht...

Tafel 14

P: Mei, da tät ich sagen, der schaut zum Fenster raus...
I: Mhm...
P: ... und beobachtet irgend jemand... (atmet schwer) ... und Schlußfolgerung: Ein schöner Tag..., würd' ich sagen...
... oder Gruß..., 'Grüß Gott' mit dem Nachbar, oder irgendwas in der... Richtung...
... schaut so freundlich da nauf, wahrscheinlich hat der seine Freundin da oben, im anderen Stock...
I: Mhm..., und wie ist seine Stimmung so, wenn er da so raufschaut...?
P: Würd's als gut bezeichnent...
I: Hmh...
P: ... die sind alle so zweideutig, die Bilder!
I: Mhm, absichtlich...
P: Man könnt', man könnt' genauso gut sagen, der springt aus dem Fenster raus (prustet los)
I: Mhm...
P: Der will aus dem Fenster rausspringen (ganz aufgekratzt!
I: Mhm, könnte auch sein... Wieso könnte er aus dem Fenster springen...?
P: Äh..., ich weiß es nicht, aber... äh... äh... ich hab' sowas noch nie gesehen, aber wenn er, wenn er so hergeht..., weil, wenn ich am Fenster steh', dann stelle ich mich nicht so ans Fenster hin. Kann ich nicht sagen...
Aber ich würd' sagen, der begrüßt seine Nachbarin da droben...

Tafel 15

P: Ja, das ist ein komisches Bildl, äh... (unwillig) mit dem... Würd' sagen, Mann auf dem Friedhof... der besucht da ein Grab (Grabesstimme)... Wirkt ein bißl, wirkt ein bißl kalt oder vielleicht ein bißl unsympathisch durch das, daß sie ihn irgendwie so komisch gezeichnet haben... (schnauft aus) Warum er die Hände... gefaltet nach unten hebt? Vielleicht schämt er sich, daß ihn keiner sieht?... beim Beten mein' ich jetzt.

I: Mhm... und was passierte so, und wie geht's aus?

P: Wie geht's aus?
Vielleicht nimmt er dann während dem..., die Hände hoch zum Beten...?

I: Mhm..., und dann?

Tafel 16

P: Ist da gar nichts drauf?
Weiß?

I: Ja...

P: Unbeschriebenes Blatt, weiß...

I: Mhm...

P: Wenn mein Krankheitsblatt auch so wieß wäre, wie dies, das wäre mir recht! Hä! (lacht)

I: Mhm...

P: Was soll ich da sagen! (lacht)
Na, wie gesagt... na, weiß malt er auch... Farbe weiß. Wobei ich sagen muß, so weiß ist es gar nicht, das ist hier auf den Seiten schon schmutzig, ein bißl...
Aber das wär's, ein einziger Punkt...
Was soll man da sagen, da gibt's so viel zum Sagen...

I: Hm..., was zum Beispiel...?

Tafel 17

P: Ja, (räuspert sich)... freundlicher Mensch, der da runter geht..., wahrscheinlich ein Feuerwehrmann..., oder irgendso ein Typ, wahrscheinlich ein Feuerwehrmann, der eine Riesenfreud' hat, daß er den nächsten Einsatz machen darf... Und die Folgerung: Hoffentlich sind sie rechtzeitig ausgerückt, daß dem..., daß das Feuer keinen so großen Schaden anrichten kann.

Tafel 18

P: Mhm..., was sollte ich sagen? Das wird so ein Dandy sein... entweder ist er high oder betrunken, könnte er sein... und sein Bekannter wird zu ihm sagen...: `Komm , jetzt reiß dich zusammen! Gehen wir heim.'
Folgerung: Bis zum nächsten Mal...
I: Es wird wieder passieren...?
P: Glaub' schon... (ganz leise)
I: Und wo waren die...?
P: Bitte?
I: Wo waren die gewesen...? Auf dem Bild...
P: Ah, die sind meines Erachtens auf der Straße, auf dem Weg nach Hause, oder was (unwillig)
I: Mhm...
P: Es ist auch immer, äh... das sind praktisch..., das sind praktisch (prustet)... die Hände zuviel! Also, das ist seine, da auch nochmal, da und da und da ist auch noch eine.
I: Mhm...
P: Weiß nicht, was die da vorhaben...?

Tafel 19

P: Für wen...?
Sind das die für die...? Die Bilder für die, für

die Klapsmühle da, oder was?

I: Nein, nein... für ganz normale Leute...

P: Ja, was ist denn das?
Ja, meines Erachtens... also ich würde sagen, das ist... das sollte... so ein Gretchenhäuschen sein. Winterlandschaft... mit massig Schnee auf dem Dach ... Ja, das wär's dann schon.

I: Und was passiert da, in der ...?

P: Friedliches... friedliches... friedlicher Feierabend... (schüttelt ratlos den Kopf)

I: Mhm...

P: Kann mir das gar nicht anders...

Tafel 20

P: (stöhnt) Ja-a, also...
Es könnt' ein... es könnt' ein Sanitäter sein, es könnt' irgendeine Person von einer, von einer Laterne... der sich da ausruht... vielleicht eine kurze Pause bis zum nächsten Einsatz...?
Und die Folgerung: ... hoffentlich hat er noch ein paar Pausen bis zum Morgen!

I: Mhm...

P: So könnte es sein...

I: Und wo könnte das sein...? Welche Umgebung...?

P: ... es sein...?
Vielleicht in einem Park...

3.2.3. TAT-Auswertung Patient 9

1. Serie

Tafel 1:

1. Thema: Der Junge sitzt lustlos vor seiner Geige und plant, das Spiel ganz aufzugeben.
2. Situation: Anforderungen der Autorität werden nur lustlos erfüllt und dann ganz verweigert.
3. Verlauf: a) Junge soll spielen - grübelt - gibt auf - hat keine Alternative.
   b) Ausgang: Aufgeben ohne Alternative.

Bemerkung: Der Patient versucht, mit einer spaßigen Bemerkung über "anständigen Haarschnitt" der Testsituation Herr zu werden.

Tafel 2:

1. Ländliches Familienleben.
2. Beziehungslose Familienmitglieder.
3. a) Vater arbeitet - Mutter ist schwanger - Tochter geht in die Schule
   b) ---

Bemerkung: Der Patient verbleibt auf der Beschreibungsebene. Zum Schluß bietet er, auf die Nachfrage ausweichend, ein klischeehaftes Idyll an. Deutlich wird sein Männer-Ideal. Blickfang ist für ihn "eindeutig" das Mädchen im Vordergrund, nicht jedoch die Ehe- und Familiensituation. Der Tonfall bei Erwähnung der Schwangeren ist eher distanziert.

Tafel 3

1. Weibliche Hauptperson ruht sich aus.

2. Erschöpfung nach tätlicher Auseinandersetzung.
3. a) Rauferei - Erschöpfung - unbequeme Lage - hinlegen oder gehen.
   b) Unentschieden zwischen erholen oder darüberhinweggehen.

Bemerkung: Der Patient kann sich mehrfach nicht entscheiden: Junge oder Mädchen, Pistole oder nicht, verletzt oder müde, ausruhen oder darüberhinweggehen. Er neigt zur Verharmlosung: Die Pistole kann er nicht "definieren".

Tafel 4:

1. Trennung des Mannes von seiner Geliebten.
2. Beendigung eines Liebesverhältnisses.
3. a) Mann will gehen - Frau will ihn halten - Beendigung des Verhältnisses durch weglaufen.
   b) Flucht.

Bemerkung: Der Mann trägt paschahafte, narzißtische Züge und ist bindungsunfähig. Die Stimme des Patienten ist ernst. Zum Schluß fragt er, ob der Test aus ist: Das Thema belastet ihn.

Tafel 5:

1. Eine unleidliche, gestreßte Ehefrau kümmert sich um ihren Mann.
2. Alltagssituation einer zerrütteten Ehe.
3. a) Frau sucht ihren Mann - will ihn versorgen - Sprung in der Handlung: Sieht in den Fernseher rein.
   b) Harmoniebestreben: Frau sieht in den Fernseher rein, dadurch braucht nicht näher auf die ungute häusliche Situation eingegangen werden.

Bemerkung: Die Ehefrau hat Mutterfunktion und verstärkt den beziehungsunfähigen Ehemann in seinen Ver-

sorgungswünschen. Gegen Ende der Erzählung blickt der Patient auf die Uhr, das Thema betrifft ihn sehr.

Tafel 6:

1. Mutter und Sohn bekamen eine schlechte Nachricht.
2. Mutter-Sohn-Beziehung nach dramatischer Auseinandersetzung.
3. a) Dramatisches Unglück - Mutter und Sohn sind verstört - Distanz zwischen beiden - Verharmlosungsversuch.
   b) Der Patient macht einen Verharmlosungsversuch, der nicht recht gelingen will und beendet dann aprupt mit "Schluß!".

Bemerkung: Die Mutterfigur hat Ähnlichkeiten mit der Ehefrau. Der Patient wehrt sich dagegen, das Unglück zu nennen und äußert alternativ eine Wunschphantasie. Andeutungsweise kann es sich auch um einen Gichtanfall gehandelt haben, für den der Patient von seiner Ehefrau Vorwürfe bekam (Diese Deutung legt eine Bemerkung seiner Ehefrau am Telefon nahe).

Tafel 7:

1. Unterhaltung zwischen Vater und Sohn.
2. Distanziertes Verhältnis des Sohnes zum Vater.
3. a) Unterhaltung und fachliche Diskussion - Zufriedenheit auf beiden Seiten.
   b) Der Patient betont das gute Auskommen mit dem Vater.

Bemerkung: Der Patient harmonisiert stark. Das Vaterbild bleibt blaß, die Beziehung kühl. Er atmet schwer bei der sehr kurzen Erzählung, seine Sprache ist geschraubt.

Tafel 8:

1. Lebensrückschau vor einer Notoperation.
2. Rückschau in Todesnähe.
3. a) Die Hauptperson liegt auf dem Op-Tisch - Rückschau - Mitteilungswunsch an sein Ebenbild, das ihm erscheint.
   b) Der Inhalt von Rückschau und Mitteilung bleibt unklar.

Bemerkung: Abweichung von der thematischen Valenz. Der Patient wehrt sich gegen eine Selbstbesinnung , das Ebenbild stellt eine Gewissensinstanz dar.

Tafel 9:

1. Soldaten bei einer Pause.
2. Ausweichen in unbequemen Situationen.
3. a) Pause - Im Ernstfall gilt die Devise: Es drücke sich wer kann!
   b) Ausweichen und Anpassen in schwierigen Situationen. Resignation.

Bemerkung: Abweichung von der thematischen Valenz. Der Patient beginnt die Erzählung abwehrend mit "Sinnloser Test!" und behilft sich mit Redensarten.

Tafel 10:

1. Zärtlichkeiten eines Ehepaares/Liebhaber mit untreuer Frau.
2. Ehesituation/Ehebruch
3. a) Zärtlichkeiten zwischen Frau und Mann (Liebhaber) - Entdeckung durch Ehemann - Schwierigkeiten.
   b) Entdeckung des Verhältnisses und Schwierigkeiten für die Frau (sic!). Der Ehebrecher kommt ungeschoren davon.

Bemerkung: Der Patient bietet zwei Versionen an:

1. Glückliche Familie mit Kindern. Dabei atmet der

Patient schwer, stöhnt und klingt gequält. 2. Bei der Ehebruchsituation prustet er, klingt schelmisch und lacht triumphierend. Er lehnt es ab, das Ende genau zu schildern.

2. Serie

Tafel 11:

1. Naturkatastrophe.
2. Totales Ausgeliefertsein einer bedrohenden Gewalt gegenüber.
3. a) Katastrophe - nimmt ihren Lauf bis zum Stillstand der Eruption.
   b) Unbeeinflußbares Ende.

Bemerkung: Der Patient dreht das Bild, atmet schwer und wiederholt sieben mal das Wort "Geröllawine".

Tafel 12

1. Tötungswunsch der Ehefrau gegenüber ("einschläfern").
2. Dem Trennungswunsch in einem Verhältnis/Ehe soll der Tod nachhelfen.
3. a) Trennung von der Partnerin soll durch Tod oder Flucht möglich werden.
   b) Der Patient verharmlost seinen anfänglichen Versprecher und wandelt seinen Trennungswunsch in Verabschiedung.

Tafel 13:

1. Frau will Mann verführen.
2. Dem schuldlosen, schüchternen Mann droht Verführung durch triebhafte Frau.
3. a) Besuch des Mannes - Frau liegt nackt im Bett - Mann wehrt ab - a) gelingen der Verführung, b) Flucht.

b) Unentschiedener Ausgang der Erzählung zwischen Verführung und Vermeidung.

Bemerkung: Anfangs erscheint der Patient konsterniert und fassungslos, er atmet schwer, stähnt, kratzt sich am Kopf und legt das Bild weg. Möglicherweise perseveriert er das Mordthema von Tafel 12, harmonisiert dann aber.

Tafel 14:

1. Mann blickt an einem schönen Tag aus dem Fenster zum Fenster seiner Freundin und bekommt plötzlich Suicidimpulse.
2. In der anfänglich belanglos wirkenden Erzählung findet ein plötzlicher Übersprung von guter Stimmung zu Suicidimpulsen statt.
3. a) Blick aus dem Fenster - kurze Worte mit den Nachbarn - Blick zur Freundin - Suicidimpuls - wieder Grüße mit den Nachbarn.
   b) Der Suicidimpuls wird abschließend harmonisiert.

Bemerkung: Der Patient bringt die Suicidthematik in seht erregter Stimmung und prustend heraus, er ist affektinadäquat. Deutlich zeigt sich hinter den Größenideen die verborgene Depression.

Tafel 15:

1. Mann auf dem Friedhof betet verstohlen.
2. Scham über religiöse Gefühle.
3. a) Mann betet verstohlen - bekennt sich schließlich doch zu sienen religiösen Empfindungen.
   b) Gefühle können gezeigt werden.

Bemerkung: Der Patient stellt hier seine Schwierigkeiten dar, Gefühle offen zu zeigen, beendet die Erzählung hoffnungsvoll.

Tafel 16:

1. Wunsch nach Gesundheit und Sauberkeit
2. ---
3. ---

Bemerkung: Der Patient klebt an der Beschreibungsebene und kann sich nicht phantasievoll äußern. Allenfalls registriert er einen Fleck auf der Tafel. Abschließend deutet er an, daß es "so viel zu sagen" gäbe, beläßt es aber dabei.

Tafel 17:

1. Ein Feuerwehrmann seilt sich freudig zum nächsten Einsatz ab.
2. Frohe Erwartung auf kommende Anforderung.
3. a) Abseilen - Freude über Aufgabe - Hoffnung auf Erfolg.
   b) Erfolgshoffnungen.

Tafel 18:

1. Erschöpfung nach Alkoholausschweifung.
2. Haltlosigkeit gegüber den Verlockungen der Droge.
3. a) Genuß - Erschöpfung - Hilfsbedürftigkeit - Rückfall.
   b) Resignation, da ain Rückfall nicht vermieden werden kann.

Tafel 19:

1. Friedliche Winterlandschaft.
2. Feierabend.
3. ---

Bemerkung: Der Patient ist ermüdet. Er versucht, trotz seiner Verständnisschwierigkeiten ("sind das die Bilder für die Klapsmühle?"), zu harmonisieren.

Tafel 2o:
Unergiebig.

Längsschnittanalyse

Als häufigstes Thema taucht der Komplex Partnerbeziehung auf (2,3,4,5,10,12,13,14), der zudem über die Tafeln 2-5 und 12-14 perseveriert wird. Teilweise überschneidet sich der Komplex mit Darstellungen von Familienleben (2,5,6,7), wobei ebenfalls perseverriert wird.

Die Familie in Tafel 2 wird beziehungslos, distanziert und klischeehaft dargestellt. In Tafel 3 wird die Unterlegenheit des weiblichen Partners gegenüber dem männlichen herausgestellt. Die Trennungsgproblematik (Objektverlust) wird in 4 und 12 behandelt, wobei in 4 Weglauftendenzen und in 12 der Tötungswunsch die Bindungsunfähigkeit des Patienten illustrieren. Tafel 5 zeigt die Mutterfunktion der Ehefrau, die im übrigen unleidlich und gestreßt beschrieben wird, sowie die Versorgungswünsche des Patienten in seiner Ehe. In der folgenden Tafel taucht die Mutter-Sohn-Beziehung wieder auf in Form einer Auseinandersetzung und nachfolgender Distanz zwischen beiden. Auch hier trägt die Mutterfigur zugleich Züge der Ehepartnerin. Tafel 7 illustriert das diestanzierte Verhältnis zum Vater. Tafel 10 zeigt deutlich den Konflikt des Patienten, der zwischen dem Wunsch nach einer glücklischen Ehe, deren Vorstellung ihn gleichzeitig bedrückt, da sie mit seinem Freiheitswunsch kollidiert, und dem Wunsch nach außerehelichen Beziehungen hin- und herschwankt. Dieser Konflikt taucht nochmal in 12 auf, wo der ersehnte und gefürchtete Objektverlust in Form eines Tötungswunsches gegeüber der Ehefrau zum Vorschein kommt. In Tafel 13 wird ein Reinwaschungsversuch von verbotenen Wünschen durchgespielt, denn der Verführungswunsch geht von der Frau aus, der Mann hingegen wehrt sich, schwankt aber dennoch zwischen Flucht und Geschehenlassen, das den

Charakter des Unschuldigen trägt.
Zugleich beinhaltet die Tafel die Wünsche des Patienten nach passivem Geliebtwerden. Wie sehr der Zwiespalt zwischen Versagung und Verführung den Patienten bedrückt, wird in Tafel 14 deutlich, wo es aus einer belanglosen Situation mit der Freundin zu plötzlichen Übersprung zu Suicidimpulsen kommt.

Als Kontrast zum Chaos seiner Beziehungen erscheint sein starkes Bedürfnis nach Gesundheit und Sauberkeit (16) und friedlicher Umgebung (19).

Auch angesichts der ihn belastenden Bedrohung (8,11) ist dies Bedürfnis verständlich. In den beiden Erzählungen herrschte unabänderliches Ausgeliefertsein vor, dem der Patient bei 8 noch eine Lebensrückschau entgegensetzt. Bemerkenswert ist die Abweichung von der thematischen Valenz bei Tafel 8.

In den Tafeln 1 und 17 erscheint die Einstellung gegenüber Leistungsanforderungen. In 1 zeigt der Patient Widerstand gegen die Autorität und ihre Forderungen. Er neigt zum Aufgeben. In 17 wird Hoffnung auf Erfolg phantasiert.

Ein alle Bereiche übergreifendes Thema stellt der Objektverlust dar (4,5,6,7,8,10,12,14,15). Die Erzählungen zu 4,12 und 15 behinhalten den Verlust von Personen, in 8 und 14 steht das Nichterreichen von Lebenszielen im Mittelpunkt und in 5,6,7 und 10 werden Versorgungswünsche frustriert. Es wird die depressive Komponente als Gegenpol zu den Grandiosen Vorstellungen, die in Bezug auf Beziehungen, Fähigkeiten und Leistungen vom Patienten geäußert werden, hier überdeutlich. Breiten Raum nehmen im TAT wie im Leben die nicht erfüllten Versorgungsbedürfnisse ein.

Schlußbemerkung

Als ein Hauptproblem des Patienten erscheinen die zwiespältig besetzten Partnerbeziehungen und sein unpersönliches kaltes Familienleben. Für den bindungsunfähigen Patienten, der keine tiefergehende Beziehung führen und seine positiven wie negativen Gefühle nicht ausdrücken kann, dient die Ehefrau als Mutterersatz, die seinen oft enttäuschten Versorgungswünschen gerecht werden muß. Während in der Anamnese seine Mutter von ihm über alles gestellt wird, und keine Frau je an sie herankommen kann, taucht im TAT Distanziertheit zu ihr auf. Seine Frau stellt er als unleidlich und gestreßt dar.

Die Bindungsunfähigkeit und die ständige Suche nach der Ideal-Partnerin stürzt ihn in latente, aber tiefliegende Depression. Geradezu symbolhaft erleidet er seinen ersten Gichtanfall im Sprunggelenk. In Tafel 16 stellt der Patient selbst mehr oder weniger unbewußt die Beziehung seiner "Fehltritte" zu seiner Gichterkrankung her.
Deutlicher noch als in der Anamnese erscheinen im TAT die Wechsel des Patienten zwischen Depression und Grandiosität, besonders bei Tafel 14. Auch bei seiner Alkoholproblematik wird die Differenz zwischen Wunsch und Wirklichkeit sichtbarer.

Die Abwehrstrukturen des Patienten zeigen sich sowohl in der Einstellung gegenüber dem TAT("sinnloser Test!" "Bilder für die Klapsmühle..."), wie auch innerhalb der Erzählungen, in denen er gerne harmonisiert und ungeliebte Inhalte nicht wahrhaben will. Diese starken Verleugnungstendenzen, die unter anderem den Patienten auf eine Einhaltung von Diät verzichten lassen, tragen somit wesentlich zur Fortdauer seines Leidens bei.

LEBENSLAUF

4.1.1950	geboren in München als Sohn von Michael Vogt, geb. am 24.4.1901, und seiner Ehefrau Hedwig Vogt, geb. Russer, am 28.12.1920.
1956 bis 1960	Besuch der Volksschule an der Boschetsriederstraße in München.
1960 bis 1969	Besuch des Theresien-Gymnasiums in München.
28.6.1969	Reifezeugnis
SS 1970 bis SS 1975	Studium der Psychologie an der Universität Regensburg.
8.8.1975	Diplom-Psychologe
WS 1975/76 bis WS 1981/82	Studium der Human-Medizin an der Universität München.
27.4. 1982	Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung.
10.5.1982	Approbation als Arzt.
1.1.1977 bis 28.2.1980	Psychotherapeut für jugendliche Drogenabhängige bei der Prop Alternative e.V., München.
16.5.1978 bis heute	Unterricht im Fach Sozialmedizin beim Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (Fortbildung), München.
1.6.1983	Assistenzarzt für Innere Medizin in Prien/Chiemsee.